Beiträge

zur

Statistik des Magenkrebses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen medicinischen Facultät der Georg-Augusts-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Friedrich Scholz

aus Bremen.

Göttingen 1896.

Druck der Dieterich'schen Univ.-Buchdruckerei.

(W. Fr. Kästner.)

Der Fakultät vorgelegt am 29. Juni 1896.

Ref. Herr Prof. Ebstein.

Meinen lieben Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30592872

Der Zweck vorliegender Arbeit, zu deren Abfassung die Anregung von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Ebstein ausging, soll sein, einen Ueberblick über die sämmtlichen vom 1. September 1882 bis zum 31. December 1894 in der Göttinger medicinischen Klinik behandelten Fälle von Magencarcinom zu gewähren. Diese Uebersicht wird also die Aufgabe haben, die Gesammtheit der Fälle hinsichtlich ihrer Aetiologie, Symptomatologie, pathologischen Anatomie, ihres Verlaufes und schliesslichen Ausganges, soweit derselbe bei den einzelnen Patienten zu verfolgen war, einer kritischen Sichtung und Besprechung zu unterziehen, und, indem sie sich hierin an eine frühere das gleiche Thema jedoch von etwas anderem Gesichtspunkte aus behandelnde Arbeit[1]) anschliesst, wird sie zugleich die Statistik der hier behandelten Magencarcinome bis auf die neueste Zeit vervollständigen.

Der leichteren Uebersichtlichkeit halber möchte ich die Arbeit in drei Hauptabschnitte: Aetiologie, patholo-

---

1) R. Raësfeldt, Beiträge zur Lehre vom Magenkrebs. I.-D. Göttingen, 1884 (behandelt diejenigen Fälle von Magencarcinom vom 1. April 1877 bis 1. September 1882, die zur Section gekommen sind, vorwiegend in klinischer Hinsicht).

gische Anatomie und Symptomatologie einteilen, um am Schlusse des letzten Abschnittes einen Ueberblick über den Ausgang und die Erfolge der Behandlung zu geben.

I. Aetiologisches.

Um über die Aetiologie der Magencarcinome ein klareres Bild zu bekommen, wird es, bevor wir uns mit dem uns vorliegenden Material eingehender beschäftigen, nicht ohne Nutzen sein, einen Streifblick auf die bisjetzt zur Erklärung von Carcinombildung in den Organen des menschlichen Körpers aufgestellten Hypothesen zu werfen, um dann das auf die Magencarcinome Bezügliche eventuell für uns verwerten zu können. Bekanntlich hatte man bis vor Kurzem nur wenig Anhaltspunkte für die Entstehung der Carcinome. Erst in neuerer Zeit gelang es Cohnheim[1]), das Dunkel einigermaassen zu lichten, und seine Theorie ist es, die sich zur Zeit wohl die meiste Geltung verschafft haben dürfte. Nach ihm sind alle Geschwülste, insbesondere das Carcinom, auf Störungen in der embryonalen Entwickelung zurückzuführen. Als Vorbedingung hierzu nimmt Cohnheim an, dass eine Herabsetzung der physiologischen Widerstandsfähigkeit des Bindegewebes und eine dadurch verursachte Steigerung der Proliferationsfähigkeit des Epithels vorhanden sei, eine Theorie, wie sie zuerst von Thiersch[2]) näher ausgeführt worden ist. Nach letzterem ist nun besonders das vorgerückte Alter zur Carcinombildung praedisponirt, indem dann die epithelialen Organe ener-

---

1) Vorlesungen über allg. Pathologie. 1882.
2) Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut. 1865.

gischere Wachsthumsvorgänge zeigen und somit die des Stromas überflügeln. — In neuester Zeit hat man auch in der Carcinombildung eine parasitäre Affection [1]) vermutet, ohne dass indes bis jetzt ein sicherer Beweis erbracht worden wäre. Wenn somit auch das Dunkel, das bisher über Aetiologie und Pathogenese der Carcinome schwebte, sich etwas aufzuhellen beginnt, so sind wir doch noch weit davon entfernt, in jedem Falle mit Sicherheit ein ursächliches Moment auffinden zu können.

Was nun die Magencarcinome speciell betrifft, so ist erwiesen, dass unter allen Eingeweiden der Magen, und nach ihm der Uterus, am häufigsten von Carcinombildung befallen wird. Die Angaben lauten: nach Virchow [2]) sind 39% und nach Marc d'Espine 44,37% aller Carcinome Magencarcinome.

In der Göttinger medicinischen Klinik wurden in dem angegebenen Zeitraum von 12¼ Jahren im Ganzen 6959 Männer und 4903 Frauen, zusammen 11862 Kranke, davon 206 Patienten (= 1,73%) an Magencarcinom behandelt. Von diesen 206 Patienten, deren Krankengeschichten ich in dieser Arbeit zu besprechen habe, wurden 44 (31 Männer, 13 Frauen) während der klinischen Behandlung von der mörderischen Krankheit dahingerafft. Die Geschlechter vertheilten sich so, dass etwas mehr als der vierte Teil Frauen waren, nämlich 56 (= 27,19%), die übrigen Männer, nämlich 150 (= 72,81%). Dies Verhältniss stimmt mit den von andern Beobachtern gefundenen Zahlen ziemlich überein; jedoch kann diesen Angaben zum Teil deshalb nur wenig Wert beigelegt werden, weil sie sich auf ein zu geringes Material be-

1) Thoma, Fortschr. d. Med. VII, 1889. Nils Sjöbring, ebenda VIII, 1890 u. a.

2) Nach Eulenburgs Real-Encyklopädie, Artikel Magenkrebs

ziehen. So fanden Louis und Valleix[1]) unter 33 Fällen 20 Männer und 13 Frauen, Lebert und d'Espine[1]) im Gegenteil mehr Frauen als Männer; dagegen Fox[2]) unter 1303 Fällen 680 Männer und 623 Frauen. Somit dürfte kein wesentlicher Unterschied in Bezug auf das Geschlecht vorhanden sein.

Positivere Angaben lassen sich über das Alter machen. Bekanntlich ist das Magencarcinom, wie überhaupt jede Krebserkrankung, wie erwähnt, eine Krankheit des mittleren und höheren Lebensalters. Ich kann aus meinem Material hierzu Folgendes mittheilen:

	1. Von den 150 Männern standen im Alter von			2. Von den 56 Frauen		
21—30 Jahren:	4,	davon	2 †	2,	davon	1 †
31—40 „	23,	„	5 †	11,	„	1 †
41—50 „	51,	„	9 †	17,	„	3 †
51—60 „	51,	„	11 †	17,	„	2 †
61—70 „	21,	„	4 †	7,	„	4 †
71—80 „	—,	„	—	2,	„	2 †
	150,	„	31 †	56,	„	13 †

In Procenten ausgedrückt ergeben diese beiden Tabellen vereinigt folgendes Resultat:

21—30 J.	6	=	2,91 %
31—40 „	34	=	16,50 „
41—50 „	68	=	33,00 „
51—60 „	68	=	33,00 „
61—70 „	28	=	13,59 „
71—80 „	2	=	0,97 „
	206		

davon starben während der klinischen Behandlung 44 = 21,36 %.

1) Nach Schrader, Beitrag zur Statistik des Magenkrebses. I.-D. Göttingen 1886.

2) Siehe Anm. 2 S. 7.

Bei beiden Geschlechtern finden sich, wie man sieht, die mittleren Jahrzehnte (41—60 J.) am stärksten betroffen, auch was die Zahl der Todesfälle betrifft. Inbezug auf letztere, die ich im Uebrigen weiter unten noch näher berühren werde, sei hier nur erwähnt, dass die 31 Todesfälle bei den Männern 20,66%, die 13 bei den Frauen 23,45% ausmachen. Bei ersteren war ferner der jüngste Patient 23 Jahre, der älteste 69 Jahre alt; bei letzteren lauten die entsprechenden Angaben: 25 und 80 Jahre.

Alles Uebrige ergiebt sich aus der Tabelle.

Die Tabellen von Lebert[1]), der über ein grösseres Material verfügte, ergeben teilweise unwesentliche Abweichungen; jedoch ist auch aus seinen Uebersichten zu ersehen, dass die mittleren Jahrzehnte vorwiegend befallen sind. Nach ihm finden sich:

a) Vor vollendetem 30. Jahre:	kaum 1%
b) Vom 31.—70. Jahre:	94,6 „
c) Nach dem 70. Jahre:	4,4 „

---

d) Vorwiegendes Maximum zwischen dem 41. und vollendetem 60. Jahre:	60,7 „
e) Im Decennium 31—40:	17,6 „
61—70:	16,3 „

Andere Autoren gelangen wieder zu etwas abweichenden Zahlen.

Eine gewisse Rolle spielt ferner die Heredität, in welcher Hinsicht das Beispiel der Napoleonischen Familie hervorgehoben zu werden verdient. Lebert fand unter 102 Kranken 10, bei denen Erblichkeit nachzuweisen war. Auch in unseren Fällen ist dieser Zusammenhang in einer

---

1) Nach Eulenburg l. c.

Reihe von Fällen sichergestellt. Wenn wir auch hier lediglich auf die Angaben der Patienten angewiesen sind, so ist trotzdem wohl kein Grund vorhanden, solchen Angaben, die mit Bestimmtheit ausgesprochen werden, keinen Glauben zu schenken. Von den Männern gaben drei an, dass der Vater, einer, dass die Mutter, ein andrer, dass der Bruder am Magenkrebs gestorben sei; ferner findet sich bei zehn Patienten die Angabe, dass Vater resp. Mutter „magenleidend“ gewesen seien. Einem starb die Schwester am Uteruskrebs; endlich sagen zwei aus, dass ihre erwachsenen Söhne ebenfalls magenleidend seien.

Weniger findet sich in der Hinsicht bei den Frauen. Dort haben wir zwar vereinzelte Aussagen, dass der Vater oder die Mutter an einem „Magenleiden“ gestorben seien, im Ganzen aber nur bei vier Patientinnen. Ausserdem werden als Todesursachen 1 Mal Leberkrebs beim Vater, 1 Mal Brustkrebs bei der Mutter, 1 Mal Magenkrebs beim Bruder angegeben. Der Wert oder Unwert derartiger Mittheilungen hat für uns insofern weniger Bedeutung, als die Thatsache einer hereditären Disposition unleugbar feststeht.

Auch den etwaigen Schädlichkeiten, die Beruf, Lebensweise und sonstige besondere Ereignisse, wie z. B. Unglücksfälle mit Traumen, mit sich bringen, hat man einen gewissen Einfluss auf das Entstehen eines Magencarcinoms zugesprochen. Mit Beziehung auf den Beruf dürfte sich indes kaum ein tatsächlicher Untergrund dafür ausfindig machen lassen. Unter den in der Klinik zur Beobachtung kommenden Fällen, wo ja hauptsächlich Arbeiter, Handwerker u. dgl. vertreten sind, findet man auch selten eine diesbezügliche Angabe. In meinem Material geben nur zwei Patienten ihrem Berufe an der Entstehung ihres Leidens Schuld, indem der eine den

fortwährenden Druck auf die Magengegend, dem er sich bei seinem Berufe als Tapetendrucker auszusetzen habe, der andere seinen „anstrengenden Beruf (Bäcker), bei dem er fortwährend auf Jahrmärkten herumzuziehen habe", verantwortlich macht. Wenn auch diese Mitteilungen kaum von Belang sind, so habe ich sie doch der Vollständigkeit wegen und einer gleichmässigen Berücksichtigung aller einzelnen Umstände zu Liebe mit angeführt.

Dass weiter eine in diätetischer Beziehung unzweckmässige Lebensweise schädigend, d. h. auf die Entstehung eines Magencarcinoms begünstigend, einwirken könne, ist zur Zeit noch nicht sicher erwiesen. Es käme hier besonders der chronische Alkoholismus in Betracht; diesbezügliche Behauptungen sind von verschiedenen Seiten aufgestellt. Wir finden hier, dass unter den Männern bei zehn Patienten ein solcher chronischer Alkoholmisbrauch zugestanden wird, womit natürlich ein directer Zusammenhang zwischen Alkoholmisbrauch und Magencarcinom noch durchaus fraglich bleibt. Immerhin wäre der Umstand einer allmählichen Schädigung und Herabsetzung der Widerstandskraft der Magenschleimhaut zu berücktigen, wie sie durch den fortwährenden Reiz gegeben ist, sodass gegebenen Falles die Entwickelung einer bösartigen Neubildung angeregt werden könnte, eine Ansicht, wie sie neuerdings von Wendland[1]) mit Bezug auf die Oesophaguscarcinome betont worden ist.

Ebensowenig, wie somit ein Einfluss des Alkohols auf die Entstehung von Magencarcinomen sicher nachgewiesen ist, kann man dies auch von sonstigen, mehr zufälligen, Schädlichkeiten behaupten. Die seltsamsten Ver-

---

1) Beiträge zur Lehre von den Erkrankungen der Speiseröhre. I.-D. Göttingen, 1896.

anlassungen werden da von den Kranken als Erklärungsursachen herangeholt; so finden wir als solche: Erkältung des Leibes, besonders durch einen kalten Trunk (10 Mal), Heben schwerer Lasten, wobei der Patient sich „verhoben“ haben will (5 Mal), Genuss eines Stückes harten Rindfleisches (1 Mal) u. a. angeführt, Umstände, von denen ab die betreffenden Patienten ihre Krankheit datiren, da sie dieselbe gewöhnlich erst dann, d. h. in ihren schwereren Symptomen bemerkt haben. — Eine ganze Reihe der Kranken, Männer wie Frauen, ist vor dem Beginn der jetzigen schwereren Erkrankung schon längere oder kürzere Zeit, mit grösseren oder kleineren Unterbrechungen, in hohem oder geringem Grade magenleidend gewesen; so manche haben sich stets „sehr mit ihrem Magen in Acht nehmen müssen“, der immer sehr schwach gewesen sein soll.

Wir berühren hiermit die wichtige Frage, ob sich das Magencarcinom vorzugsweise bei solchen früher „magenleidenden“ Personen entwickelt, mit andern Worten, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen früheren Magenleiden und Carcinombildung besteht. Hier ist der Tatsache Erwähnung zu thun, dass ein derartiger Zusammenhang mit Sicherheit zwischen früherem Ulcus ventriculi und Carcinoma ventriculi erwiesen ist. Zahlreiche Fälle sind bekannt gegeben, die zur Stütze dieser Behauptung dienen; sowohl der klinische Verlauf als auch das Ergebniss der Section bestätigten die Richtigkeit der Vermutung. Auch in dem mir vorliegenden Material ist dieser Zusammenhang in einer Anzahl von Fällen sichergestellt, worauf ich bei der Besprechung der Symptomatologie noch näher eingehen werde.

Hiermit wäre die Reihe der ätiologisch wichtigen Momente im Wesentlichen erschöpft. Wenn auch von

verschiedenen Seiten noch gewisse Punkte angeführt werden, als z. B. Sistiren der Menses u. a., so glaube ich doch dieselben als zu unwesentlich übergehen zu können, zumal sie für diese Arbeit nicht in Betracht kämen.

II. Pathologisch-Anatomisches.

Den pathologisch-anatomischen Theil meines Krankenmaterials will ich hier nur kurz im Zusammenhange berühren, soweit eine solche Besprechung überhaupt in den engen Rahmen einer rein klinischen Betrachtung, wie die vorliegende Arbeit der ganzen Anlage nach sein soll, hineingehört. Indem ich zugleich auf die oben angeführte Arbeit von Schrader hinweise, die sich ausschliesslich der Besprechung des pathologisch-anatomisch beim Magencarcinom Wissenswerten widmet, behalte ich mir vor, an geeigneten Stellen weiter unten einzelne wichtigere und zur Vervollständigung des gesammten Krankheitsbildes notwendige Punkte genauer zu würdigen.

Bekanntlich ist der häufigste Sitz der Magencarcinome der Pylorus; ihm folgt die kleine Curvatur, dann die Cardia. Lebert[1]) hat über diesen Punkt folgende lehrreiche Statistik veröffentlicht:

Der Sitz des Magencarcinoms war:

Pylorus	51%	Hinterwand	4%
Kl. Curvatur	16 „	Vorder- u. Hinterwand	4 „
Cardia	9 „	Grosse Curvatur	7 „
Vorderwand	3 „	Diffuse Infiltration	6 „,

Zahlen, die übrigens nur für die primären, nicht für die ausserordentlich seltenen secundären Magencarcinome gelten. Auch mit Hilfe unseres Materials gelangen wir

1) Eulenburg l. c.

zu ähnlichen Zahlen, die sich auch nur auf die primären Magencarcinome beziehen, da secundäre niemals angenommen werden konnten. Wir erhalten:

Pylorus	42,5%
Cardia	7,5 „
Kl. Curvatur	7,5 „
Diff. Infiltr.	10,0 „

wobei indes zu bemerken ist, dass ich hier zunächst nur diejenigen Fälle herangezogen habe, die zur Section gekommen sind. Dies sind im Ganzen 40, also eine verhältnissmässig geringe Anzahl. Ich werde in einem späteren Abschnitt noch diejenigen Fälle, bei denen während Lebzeiten der betr. Patienten eine ganz bestimmte Diagnose in Bezug auf den Sitz des Carcinoms ausgesprochen werden konnte, hinzuziehen und meine Statistik in diesem Punkte vervollständigen.

Was nun die einzelnen Formen des Magenkrebses anbelangt, so ist die Einteilung in die drei Hauptarten des Markschwammes (Carcinoma medullare), des Scirrhus (C. fibrosum) und des Gallertkrebses (C. colloides) die gebräuchlichste; dieselbe Reihenfolge behaupten diese drei Formen auch ihrer Häufigkeit nach, und zwar finde ich in den zur Section gekommenen Fällen

den Markschwamm	in	77,5%
den Scirrhus	„	17,5 „
den Gallertkrebs	„	5,0 „.

Alle drei Arten haben das Gemeinsame, dass sie verhältnissmässig häufig zur Geschwürsbildung neigen, und zwar die letzten beiden häufiger als der Markschwamm. Schrader fand unter den von ihm untersuchten, sich auf die Jahre 1878—1884 vertheilenden 50 Fällen, die er nach den Protocollen des Göttinger pathologischen Instituts bearbeitete, bei 22 (= 44,0%) ein Ulcus carcino-

matosum angegeben. In meinem Material von 40 Fällen beläuft sich die entsprechende Zahl auf 15 (= 37,5%). Das Zustandekommen der Ulcerationen erklärt man sich in der Hauptsache als auf Verdauung der oberflächlichen, ungenügend von Gefässen durchzogenen Geschwulstpartieen durch den Magensaft beruhend. Indem nun die ulcerierenden Carcinome die ganze Magenwand durchsetzen und zerstören, führen sie zu der wohl unausbleiblich den letalen Ausgang herbeiführenden Perforation des Ulcus. Ich finde sie in meinem Material in 22,5%, wobei ein Fall noch mit jauchigem Zerfall des Ulcus complicirt ist.

Eine grosse Wichtigkeit beanspruchen die Metastasenbildungen der Magencarcinome für sich. Wir finden sie in fast allen Fällen in grösserem oder geringerem Umfange, zum Teil in den entferntesten Organen. Zwei derartige Fälle aus der Göttinger medicinischen Klinik, die mit ausgedehnter Metastasenbildung einhergingen und verhältnissmässig rasch zum Exitus letalis führten, sind in neuerer Zeit von Schweppe[1]) und Algermissen[2]) mitgeteilt und zum Gegenstande einer ausführlichen Besprechung gemacht.

In der Mehrzahl der Fälle sind es die Lymphdrüsen, die von der Carcinombildung ergriffen werden, dann folgen Peritoneum und Leber. Aus dem mir vorliegenden Material kann ich hierüber folgende Statistik aufstellen, wobei ich Unwesentliches unberücksichtigt lasse:

Von der Metastasenbildung waren ergriffen

die Lymphdrüsen	40%

1) C. Schweppe, Ein Fall von Magencarcinom mit anscheinend sehr schnellem Verlauf infolge von allgemeiner Carcinose. I.-D. 1890.

2) H. Algermissen, Ein Fall von Magenkrebs mit seltenem Verlauf. I.-D. 1891.

Peritoneum	25%
Leber	25 „
Lunge	7,5 „
Pankreas	5 „
Duct. thoracicus	5 „
Duodenum	5 „

Die bei weitem häufigere Verbreitung der Metastasen geschieht auf dem Wege der Lymphbahnen, die seltenere auf dem Wege der Blutbahn, worüber indes an dieser Stelle nichts Näheres ausgeführt werden kann.

Schliesslich hätte ich noch des Befundes der Lungentuberculose zu gedenken, der bei zwei Sectionen gemacht wurde. Die widerstreitenden Ansichten, ob Tuberculose und Carcinombildung Hand in Hand gehen könnten oder nicht, haben sich inzwischen durch die neueren Erhebungen dahin geklärt, dass eine solche Combination wohl möglich ist, aber zu den Seltenheiten gehört. So schliessen sich nach Rokitansky beide Krankheiten fast durchweg aus; derselben Ansicht ist auch Dittrich[1]), während Schrader auf Grund seines Materials zu dem Schlusse kommt, dass dieses sich gegenseitig fast durchweg ausschliessende Verhältnis beider Krankheiten nicht in solcher Schärfe zu betonen ist. Er fand in 8 unter 47 Fällen von Magencarcinom Befund von Lungentuberculose angegeben; in meinen 40 Fällen finde ich 2 Mal eine diesbezügliche Bemerkung im Protocoll. Auch hiernach wird man sich der Ansicht hinneigen müssen, dass Carcinom und Lungentuberculose, in einem Individuum vereinigt, zu den Seltenheiten gehören.

---

1) Nach Schrader l. c.

III. Symptomatologisches.

Ich wende mich nunmehr zu dem wichtigsten Abschnitte meiner Arbeit, nämlich zu der Besprechung derjenigen Erscheinungen, die während der Beobachtung eines Magencarcinomes intra vitam zu bemerken sind. Natürlich kann es hier nicht meine Aufgabe sein, eine vollständige klinische Beschreibung des Symptomenbildes eines Magenkrebses zu geben; eine solche ist vielmehr Aufgabe der Lehrbücher der speciellen Pathologie und Therapie und sie würde die Grenzen dieser Arbeit, die ja im Wesentlichen nur kritisch-statistische Momente in engerem Rahmen zu berücksichtigen hat, weit überschreiten. Demgemäss werde ich die Darstellung des klinischen Bildes des Magencarcinoms nur insoweit für mich zu verwerten haben, als es für einen in dieser Hinsicht über das mir vorliegende Material zu gebenden allgemeinen Ueberblick in Betracht kommt. Ich halte mich hierbei zweckmässig an ein gewisses Schema und will mich zunächst mit den subjectiven und objectiven Symptomen, also den von den Kranken vorgebrachten Klagen und dem vom Arzte constatirten Befunde, den der Magen selbst, als das hauptsächlich erkrankte Organ bietet, dann zweitens mit den durch die schwere Erkrankung hervorgerufenen Zeichen der allgemeinen Ernährungsstörung beschäftigen, um im Anschluss daran drittens die etwaigen Erkrankungen der übrigen Organe, soweit sie von einigermaassen erheblicher Wichtigkeit sind, — es kommen hier vor allem besonders die metastatischen Erkrankungen in Erwägung, — einer Besprechung zu unterziehen. Als Schluss dieses Abschnittes habe ich dann noch den Gesammtverlauf und die Dauer der Krankheit

sowie ihren schliesslichen Ausgang zu berücksichtigen. Einzelne für eine genauere Diagnose wichtige Merkmale werde ich, soweit sie in dem einen oder dem andern Falle von Bedeutung sind, im Verlauf dieses Abschnittes gleichfalls an den betreffenden Stellen einfügen.

Mit den subjectiven Symptomen, wie sie uns die Krankheit bietet, kann ich mich ziemlich kurz fassen. Die Beschwerden, die die Kranken zum Arzte führen, sind zum grossen Theil nicht charakteristisch genug, um aus ihnen allein mit Sicherheit die Diagnose auf eine maligne Neubildung, speciell ein Carcinom zu stellen. Es sind die Erscheinungen, wie sie uns bei Verdauungsstörungen, die ja durch die verschiedenartigsten Magenleiden veranlasst werden können, entgegentreten. So auch in den vorliegenden Fällen. Ueberwiegend häufig finde ich beim Durchforschen der zahlreichen Krankengeschichten die dyspeptischen Beschwerden in den Vordergrund der Klagen des oder der Hilfesuchenden gerückt. Ein Unterschied in den Geschlechtern ist hier in keiner Weise zu constatieren. Nur vereinzelt stehen solche Fälle da, wo die Kranken bis zu ihrer Aufnahme über wenig oder auch fast gar keine dyspeptischen Beschwerden zu klagen hatten. Sie wurden in mehreren Fällen dadurch auf ihr Leiden aufmerksam, dass sie selbst, wie sie aussagen, ganz zufällig eines Tages eine Geschwulst, einen Knoten, einen Höcker im Bauch, meist in der Magengegend, fühlten, ja auch dessen Wachsen — nun ihre Aufmerksamkeit darauf gerichtet war — bemerkt haben wollten, so dass sie dadurch beunruhigt beim Arzte Aufklärung suchten. Andrerseits sind es auch vorwiegend die Fälle von Carcinombildung an der Cardia, wo die dyspeptischen Erscheinungen verhältnissmässig bedeutend weniger auffallend wurden. Die wenigen Patienten, bei denen dieser

Sitz des Carcinoms festzustellen war, erhoben gewöhnlich die Klage, dass sie seit einiger Zeit feste Speisen nur mit Mühe schlucken könnten oder ihnen solche dann das Gefühl des Steckenbleibens „an einer Stelle der Brust“ verursachten, zur Hauptsache, während sie von saurem Aufstossen, Uebelkeit, Sodbrennen etc. weniger belästigt wurden. Schwer ist ja eine genaue Differentialdiagnose zwischen Cardiacarcinom und solchem des unteren Oesophagusabschnittes bei dem leichten Ineinandergreifen dieser beiden Arten intra vitam zu stellen und so finden wir derartige Patienten in den Krankenjournalen häufiger als am Oesophaguscarcinom leidend bezeichnet, — wie es ja auch den Symptomen nach gewöhnlich das Näherliegende sein dürfte, bis dann die Autopsie die Vermutung eventuell bestätigte.

Zahlreich ist nun das grosse Heer aller der Namen und Bezeichnungen, deren sich unsere Patienten und Patientinnen selbst zur Beschreibung und Anschaulichmachung ihres Leidens bedienen. Allerdings lehrt eine vergleichende Durchsicht durch das vorliegende Material, dass auch hier eine gewisse Gleichartigkeit und Regelmässigkeit in diesen Aussagen vorherrschend ist, wie es ja auf den ersten Blick bei der Natur des Leidens, um das es sich hier handelt, auch weiter nicht auffallend ist. Aber zweierlei ist hier meiner Meinung nach mit in Betracht zu ziehen: erstens die ungemein grosse Verschiedenheit des Stadiums der Krankheit je nach der kürzeren oder längeren Zeitdauer, welche die Patienten seit dem ersten, von ihnen so oft übersehenen Beginn ihres Leidens noch ohne ärztliche Hilfe lebten. Oftmals ist es nicht leicht, die Anfänge der Krankheit, die möglicherweise schonweit zurückliegen, genauer zu eruieren; einige Patienten suchten schon bei den geringsten Beschwerden

ängstlich — und hier glücklicherweise meist noch frühzeitig genug — den Arzt auf, andere warteten bis zum Aeussersten, ehe sie sich zu diesem Schritte entschlossen, und zwar gehören zu diesen letzteren besonders die ärmeren Klassen der Bevölkerung. Bei den Männern die Sorge, vielleicht der Arbeit verlustig zu gehen und brodlos zu werden, bei den Frauen der Gedanke an Haushalt und Kinder und die ohne sie darniederliegende Wirtschaft und anderes, — diese und ähnliche Befürchtungen lassen die meisten nicht eher ihre Beschäftigung aufgeben, als bis es durchaus nicht mehr mit der Arbeitsfähigkeit gehen will. Leider ist es dann gewöhnlich zu spät, um eine erfolgreiche Therapie anwenden zu können. Zweitens kommt bei der oben erwähnten Gleichartigkeit der Aussagen, die trotzdem aber an und für sich noch mannigfach genug sind, noch die Verschiedenartigkeit der Charakteranlagen und der Temperamente, auch wohl der augenblicklichen Stimmung der einzelnen Patienten und Patientinnen in Betracht: einige schildern ihr Leiden vom Beginne ab lebhaft, anschaulich, vollständig und gewissenhaft, andere sind wortkarger, lassen viel aus sich herausfragen und empfinden vielleicht ein längeres Verhör des Arztes überhaupt als lästig; noch andern wieder liegt im Gegentheil etwas daran, dass der Arzt ihr Leiden auch als ein recht schweres erkenne und respectiere und benehmen sich dementsprechend.

Wenn wir nunmehr die einzelnen Symptome, wie sie uns in unserem Material entgegentreten, aufzählen, so dürfen wir das eben Erwähnte nicht ausser Betracht lassen. So wenig Charakteristisches diese subjectiven Symptome, wie gesagt, einzeln an und für sich betrachtet bieten, so wertvolle Hilfsmittel können sie in ihrer Gesammtheit, unterstützt durch objective Befunde, Verlauf,

Ausgang u. s. w. darstellen, so dass im Grossen und Ganzen gerade das Magencarcinom zu den fast stets mit Sicherheit während der Beobachtung am Krankenbette zu diagnosticierenden Krankheiten gehört, vorausgesetzt, dass diese Beobachtungszeit genügend lang ist — was hier leider in einer Reihe von Fällen nicht zu ermöglichen war —, und von einzelnen Ausnahmefällen, wo durch diese oder jene seltenere oder mit besonderer Heftigkeit auftretende Complication gewisse Schwierigkeiten gegeben sind, abgesehen.

Sehr häufig und gewöhnlich als erstes Symptom sehen wir eine Abnahme und ein oftmals völliges Fehlen des Appetits eintreten. Dazu treten dann im Laufe der Krankheit früher oder später, manchmal ganz plötzlich, andere dyspeptische Beschwerden, die oft eine bedenkliche Höhe erreichen. In meinen Fällen finde ich sie in grosser Mannigfaltigkeit und Menge erwähnt, als da sind: saures Aufstossen, Wasserkolk (Vomitus matutinus), Pyrosis, Nausea, Völle in der Magengegend, Kneifen im Leib beim Stuhlgang und Aehnliches. Recht oft werden Beschwerden, die die genossenen Speisen verursachen, angegeben, wie Druck im Magen, besonders nach festen Speisen, auch (aber weniger oft) Schmerzen, die sich in einzelnen Fällen sogar zu recht erheblichen Anfällen steigerten, teilweise nach unten, nach der andern Seite, nach dem Rücken und der Schulter ausstrahlten und nicht selten Schlaflosigkeit verursachten.

Nicht gering ist die Anzahl der Patienten, die über häufiges, bald mehr bald weniger reichliches Erbrechen klagen, — ein Symptom, das erheblichere Wichtigkeit beansprucht. Was zunächst die Häufigkeit des Erbrechens betrifft, so gestaltet sich dieselbe in unsern Fällen ausserordentlich verschieden; ich finde da kaum zwei

oder drei Krankengeschichten, die in der Beziehung ein einigermaassen ähnliches Bild liefern. Keineswegs aber, das ist zu betonen, darf man sich der Ansicht hinneigen, dass es möglich wäre, aus dem häufigeren oder selteneren Vorkommen des Erbrechens einen Schluss auf die Schwere der Erkrankung ziehen zu können. Ganz im Gegentheil ist es hier sehr lehrreich zu sehen, wie öfters gerade die Patienten, die bei ihrer Aufnahme speciell wenig über früheres Erbrechen zu klagen hatten, rascher dem Exitus letalis entgegeneilten, als andere, die nach ihren Aussagen oft von schleimigem, saurem, bitterem etc. Erbrechen gequält wurden. Aus der am Ende dieser Arbeit angeführten Uebersicht kann das Nötige ersehen werden. — Wichtiger ist schon das Aussehen der erbrochenen Massen. Während wir das reine Blutbrechen vorzugsweise beim einfachen Ulcus ventriculi finden, ist es das sogenannte kaffeesatzähnliche oder chokoladenfarbige Aussehen des Erbrochenen, das bei häufigem Auftreten so charakteristisch für das Magencarcinom, und zwar das ulcerierende, ist. Entsprechend der Aufgabe dieser Arbeit würde es hier zu weit führen, die Ursachen desselben, den Nachweis des Blutgehaltes in den erbrochenen Massen sowie deren mikroskopische Untersuchung eingehender zu erörtern. Ich kann mich begnügen zu constatieren, dass auch in meinen Fällen dieses „kaffeesatzähnliche“ Erbrechen in einer grösseren Reihe von Krankengeschichten hervorgehoben wird. Es trat sowohl vor wie auch während der Beobachtung in der Klinik, teils häufiger, teils seltener, in vereinzelten Fällen nach Aussage der betreffenden Kranken auch nur ein einziges Mal vor der Aufnahme, auf. Selbstverständlich ist hierbei nicht zu vergessen, dass in der Klinik, wo wir das Erbrechen durch geeignete Regelung der

Diät zu beschränken wissen, dasselbe gewöhnlich nicht in dem Umfange zur Geltung kommen wird, wie zu einer Zeit, wo die Patienten grösstenteils auf sich selber angewiesen sind, das heisst eben vor ihrer Aufnahme. — Vielleicht ist es von Interesse, hier einige Zahlen zu hören. Bei der Durchsicht durch die Krankengeschichten der 206 Fälle, die ich hier zu besprechen Gelegenheit habe, fand ich nur 14 Fälle, wo ein Erbrechen vor der Aufnahme entweder gänzlich in Abrede gestellt oder als ein nur ein einziges Mal auftretendes Symptom bezeichnet wird, wobei der Umstand auch noch berücksichtigt zu werden verdient, dass unter der letzteren Kategorie von Patienten wieder einzelne dieses nur e i n Mal bemerkte Erbrechen als Blutbrechen bezeichnen. — Wenn somit die Verschiedenartigkeit des Erbrechens, was Häufigkeit, Menge, Art etc. betrifft, ausser Zweifel steht, so können wir doch andererseits constatieren, dass ein gänzliches Fehlen desselben sowohl vor wie während der Beobachtung zu den Ausnahmen gehört.

Im Zusammenhang mit dem Erbrechen, und zwar hier dem Blut- resp. kaffeesatzähnlichen Erbrechen, will ich noch kurz über den Stuhl der Patienten bemerken, dass derselbe bei dem Bestehen eines ulcerierenden Carcinoms (oder auch natürlich eines gleichzeitigen Ulcus neben Carcinom) oft bluthaltig zu sein pflegt, ein Symptom, das hier keiner weiteren Erklärung bedarf. Ebenso wie Angaben über kaffeesatzähnliches Erbrechen finde ich in einer Reihe von Fällen auch Mitteilungen über Entleerung von zähen, theerartigen, schwarzen Faeces, die aus leicht erklärlichen Gründen dann immer zugleich mit oder bald nach dem Blutbrechen zu erfolgen pflegte. Im Uebrigen später noch ein paar Worte über den Stuhlgang der Patienten.

Von andern ziemlich unwesentlichen subjectiven Beschwerden, wie ich sie hier und da noch angegeben finde (so z. B. Neigung zu Ohnmachten und Schwindel, heftiges Durstgefühl, häufige Ructus, Kollern im Leibe u. a.) glaube ich hier füglich absehen zu können, zumal sie gewöhnlich doch von der sonstigen Lebensweise, einem mehr oder minder zweckmässigen Verhalten in diätetischer Beziehung, der nötigen Erholung nach der Arbeit und andern Momenten im weitesten Maasse abhängig sind. Der Icterus, der in einzelnen Fällen schon vor der Aufnahme bestand, führt uns auf ein anderes Gebiet, nämlich die Besprechung der Symptome von Seiten der übrigen Organe, welche ich, nachdem ich vorher noch die Erörterung der objectiven Magensymptome sowie die Besprechung der Erscheinungen der allgemeinen Ernährungsstörung eingefügt habe, anreihen will.

Mit der objectiven Untersuchung des Magens eröffnet sich dem ärztlichen Handeln ein ungleich wichtigeres und bedeutungsvolleres Gebiet. Ist es ja doch vor allem Andern der Nachweis einer Geschwulst im oder am Magen, der dem Arzte die Möglichkeit giebt, die Diagnose auf Magencarcinom mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zu stellen. Sehen wir nun zunächst von den schwierigeren Fällen ab, in denen die Differentialdiagnose zwischen Magentumor und sonstigen Tumoren anderer Bauchorgane nicht ganz leicht zu stellen ist, so bleiben uns zunächst die übrigen Fälle zur Besprechung, bei denen die Entscheidung auf einen Magentumor mit Sicherheit zu treffen war. Dies ist, wie natürlich, bei den weitaus meisten Patienten der Fall; auch in vorliegendem Material finden wir das bestätigt. In ca. $^3/_4$ aller Fälle, nämlich in etwas über 150, war ein Tumor deutlich fühlbar und als dem Magen angehörig zu er-

kennen. Gewöhnlich fand sich an der Stelle, wo der Tumor zu fühlen war, ein gedämpft-tympanitischer Schall, sowie eine entschiedene mehr oder weniger starke Druckempfindlichkeit, ein Symptom, dessen ich schon oben Erwähnung gethan habe. Der Ort, wo man die Geschwulst am deutlichsten fühlte, war in den weitaus meisten Fällen das Epigastrium, und zwar rechts vom Nabel häufiger als links. Ferner und zwar vorwiegend bei den Carcinomen am Pylorus, die ihrerseits wieder am häufigsten diagnosticiert sind, war eine secundäre Magendilatation in einer grösseren Anzahl von Fällen zu constatieren, bekanntlich eine recht häufige Folgeerscheinung der Magencarcinome. Eine andere Frage ist die nach dem Verhalten des Tumors während der Atmung.

Man ist hier geneigt anzunehmen, dass Pyloruscarcinome nur dann eine respiratorische Verschieblichkeit zeigen, wenn sie mit der Leber verwachsen sind, dass dagegen Carcinome der grossen und kleinen Curvatur sich meistens mit der Atmung bewegen (Strümpell). Nach meinem Material wird diese Ansicht nur durchaus bestätigt; soweit Angaben über diese Frage in den Krankengeschichten vorhanden sind, entsprechen sie den eben angeführten Auseinandersetzungen.

In einem kleineren Teile der Krankengeschichten, etwa dem 4. Theile, finde ich hingegen die Angabe, dass man einen Tumor entweder gar nicht oder nur sehr undeutlich habe fühlen können. Hier erwies sich das Hilfsmittel der Magenaufblähung mittelst Weinsteinsäure und doppeltkohlensaurem Natron als sehr nützlich. Infolge der durch die sich im Magen entwickelnde Kohlensäure bewirkten Ausdehnung des Magens konnte man manchmal, bei dünnen Bauchdecken, dessen Grenzen ohne Weiteres wahrnehmen, jedenfalls aber waren die Magengrenzen

durch die Percussion dabei festzustellen, wofern nicht in Folge von Nichtschlussfähigkeit des Pylorus auch dies erschwert war. An dem aufgeblähten Magen gelang es meist, einen vorher gar nicht oder undeutlich gefühlten Tumor nicht nur gut abzutasten, sondern auch seine Lage im Magen genauer zu bestimmen.

In einer andern Reihe von Fällen war überhaupt eine ganz zweifellose Diagnose nicht möglich; wir sehen daher auch in den betreffenden unentschiedenen, übrigens nicht sehr zahlreichen Fällen, dass hier stets die Möglichkeit einer einfachen Gastritis oder einer solchen, die auf ulcerösen Vorgängen beruhte, ferner das eventuelle Vorhandensein eines Ulcus carcinomatosum, einer Peritonitis carcinomatosa u. a. in Betracht gezogen war. Auch kommt hinzu, dass nicht wenige Patienten bald nach ihrer Aufnahme die Klinik schon wieder verliessen, ehe sich eine ganz sichere Diagnose hatte stellen lassen.

In einer dritten Reihe von Fällen konnte man mit grosser Sicherheit annehmen, dass die Leber den Magentumor in der Weise verdeckte, dass letzterer einer directen Betastung unzugänglich blieb. Andere Momente, die hier noch in Betracht kämen, wie z. B. das Wachsthum eines Carcinoms nach innen, ins Lumen des Magens hinein u. a., fand ich an keiner Stelle angegeben.

Es wäre nun noch die Frage zu beantworten, inwieweit man die Art des Carcinoms intra vitam erkennen konnte. In Bezug auf die zur Section gekommenen Fälle habe ich schon oben die betreffenden Mitteilungen gemacht; hier wäre noch zu erörtern, ob überhaupt die Diagnose auf eine der drei Hauptarten des Carcinoms während der klinischen Beobachtungen gestellt werden kann. Dies ist so gut wie niemals möglich.

Auf den Befund von Ulcerationen komme ich noch weiter unten zu sprechen. —

Nur mit wenigen Worten brauche ich die Symptome zu besprechen, die der durch die schwere Erkrankung hervorgerufenen allgemeinen Ernährungsstörung als solcher zuzuschreiben sind. Dieselben werden immer je nach dem Stadium, in welchem sich die Krankheit grade befindet, mehr oder weniger deutlich ausgesprochen sein. So auch in den vorliegenden Krankengeschichten. Je nach den Fortschritten, die die Krankheit schon gemacht hatte, bot sich dem behandelnden Arzte ein sehr verschiedenartiges und wechselvolles Bild; vom ganz und gar aufgeriebenen und verfallenen, dem Tode nahen Patienten bis zu dem in leidlichem Wohlbefinden dahinlebenden Kranken, in allmählichem Uebergange begriffen, aber die ihr verfallenen Patienten rettungslos dem nahen oder ferneren Tode entgegenführend, so zeigt sich uns diese Krankheit in ihren mannigfachen Abstufungen. Uebereinstimmend bei allen Fällen aber war ein Symptom, das deshalb auch zunächst hervorzuheben ist: die geringere oder stärkere Abmagerung der Patienten. Wenn auch die Zeit, innerhalb welcher die Kranken so viel an Gewicht verloren haben wollen, wieder recht verschiedenartig angegeben wurde, so erklärt sich dies daraus, dass sich Abmagerung und Kräfteverfall wieder nach der Wachstumsgeschwindigkeit der Geschwulst zu richten haben, sowie von dem Grade der durch das schnellere Wachsthum der Geschwulst gesteigerten dyspeptischen Beschwerden abhängig sind: je stärker also letztere ausgesprochen waren, desto rapider nahm auch der Kräfteverfall zu. — Viele Patienten zeigten ferner das für Carcinom so charakteristische fahle, kachektische Aussehen, die gelbliche Hautfarbe, den leidenden, oft schmerzhaft

verzogenen Gesichtsausdruck, die schlaffe Muskulatur und trockne Haut, manchmal mit ausgesprochener Pityriasis, der sogenannten Pityriasis cachecticorum, vergesellschaftet. Nicht sehr selten auch fand sich eine starke Anämie, teilweise mit Veränderungen des Blutes selbst, der sog. Poikilocytose und Vermehrung der weissen Blutkörperchen, besonders der polynucleären Formen, — weiter Blässe der Schleimhäute und Cyanose einzelner Teile des Körpers und der Extremitäten. Zu bemerken ist hierbei noch, dass manchmal auch bei sehr elenden, enorm abgemagerten und aufs Aeusserste heruntergekommenen Patienten eine ausgesprochene eigentliche Anämie nicht vorlag, während andrerseits sich dieselbe schon bei noch mittelgutem Ernährungszustande deutlich bemerkbar machte. Man muss hier sagen, dass oftmals die Ursachen der Anämie noch ganz im Unklaren liegen; wenn dieselbe auch meist als Folgezustand bei schweren Erkrankungen, z. B. Phthisen, malignen Tumoren, dyspeptischen Zuständen, Säfteverlusten, chronischer Nephritis u. a. aufzutreten pflegt, so sind wir doch leider nicht im Stande, stets eine besondere Ursache anzugeben, wie sie z. B. Blutungen abgeben. Auf den Umstand, dass daher Verwechselungen zwischen Magencarcinom und essentieller perniciöser Anämie schon wiederholt vorgekommen sind, will ich hierbei nur beiläufig hinweisen. In einer grösseren Anzahl von Fällen wurden übrigens die — meist nur auf kurze Zeit in der Klinik verweilenden — Patienten soweit durch diätetische Maassnahmen wieder hergestellt, dass sie sich vollkommen gesund fühlten und daher ihre Entlassung wünschten. Wie weit dieses subjective Wohlbefinden der bedauernswerthen Kranken, diese auffallende Euphorie, nach der jeweiligen Entlassung angehalten hat, entzog sich allerdings meistens der weiteren Forschung.

Nur in wenigen Fällen kamen die Patienten nach einiger Zeit wieder, um nun die Klinik nicht mehr zu verlassen. Den Gesammtverlauf der Krankheit werde ich unten noch genauer schildern. —

Nachdem ich nun bisjetzt die eigentlichen auf den Magen bezüglichen Symptome, die subjectiven wie die objectiven, kurz besprochen und für das mir vorliegende Material verwertet, und im Anschluss daran der von der Magenerkrankung abhängigen Symptome der allgemeinen Ernährungsstörung, der Abmagerung, Kachexie, Anämie u. s. w., Erwähnung gethan habe, werfe ich nunmehr einen Blick auf die Erscheinungen von Seiten der übrigen Organe des Körpers, wie sie beim Magencarcinom hervorzuheben sind, indem ich mich, wie bisher, auch jetzt lediglich auf das mir vorliegende Krankenmaterial beziehe und seltenere Vorkommnisse nur soweit als nötig anführen will.

Zunächst kommen hier, als am meisten Wichtigkeit beanspruchend, die Metastasen in Betracht. Der Uebersichtlichkeit wegen nehme ich die Besprechung so vor, dass ich an dieser Stelle die Metastasenbildungen nur soweit sie während der klinischen Beobachtung nachzuweisen waren, anführe, dagegen die, die sich noch bei der Section vorfanden und nicht intra vitam diagnosticiert worden waren, am Schlusse der Arbeit in einer Uebersicht anführe, woselbst dann noch ausserdem ein Ueberblick über das jedesmalige Krankheitsbild gegeben ist. Ausserdem ist oben schon kurz die Metastasenbildung in pathologisch-anatomischer Hinsicht, soweit sie in den 40 secierten Fällen von Wichtigkeit war, erwähnt worden.

Bekanntlich ist die Metastasenbildung klinisch am wichtigsten und zugleich gefährlichsten in der Leber. Von den metastatischen Carcinomen sind es besonders die se-

cundären Lebercarcinome, die recht oft das Allgemeinbefinden der Patienten ausserordentlich verschlechtern und herunterbringen, — ja, nicht selten gewinnen die Erscheinungen, die das Lebercarcinom verursacht, sogar das Uebergewicht über die Störungen, die das primäre, dürftiger entwickelte Magencarcinom macht. Der Grund dafür, dass die Leber so oft von secundärem Carcinom befallen wird, liegt einmal daran, dass nicht nur durch die Blutgefässe und Lymphbahnen die Krebskeime verschleppt werden, sondern insbesondere auch daran, dass vom Magen der Krebs direct auf die Leber überwuchern kann. In meinem Material finde ich, dass in 18 Fällen mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf ein secundäres Lebercarcinom gestellt werden konnte; teils waren die Symptome, wie z. B. besonders das Fühlen eines der Leber angehörigen Tumors, dessen unebene höckerige Beschaffenheit, seine oft stark ausgesprochene Druckempfindlichkeit, der Icterus, sehr deutlich bemerkbar, teils auch wieder traten sie mehr in den Hintergrund. — Hierzu kämen dann noch diejenigen Fälle, bei denen es zweifelhaft war, ob man einen secundären Lebertumor annehmen solle oder nicht; dies waren im Ganzen nur vier. Fragen wir uns, aus welchen Gründen wir in dem einen oder dem andern Falle verhindert sind, mit völliger Sicherheit die betreffende Entscheidung abzugeben, so müssen wir uns vor Augen halten, dass gerade Carcinome an der Pars pylorica des Magens oft beinahe genau dasselbe Symptomenbild darbieten können wie ein Lebercarcinom, zumal wenn diese Magencarcinome noch mit der Leber verwachsen sind, was nicht so selten ist. Sind dazu noch die übrigen Symptome, die man auf ein Lebercarcinom zu beziehen pflegt, undeutlicher ausgesprochen, so ist es nicht weiter verwunderlich, wenn wir hier zunächst mit

einer bestimmteren Diagnosenstellung zurückhaltender sind. — Da die betreffenden Fälle in ihrem Verlaufe nichts besonders Erwähnenswertes bieten und überdies die Patienten zum Teil schon bald wieder der Klinik den Rücken kehrten, so sehe ich von einer Mitteilung von Krankengeschichten hier ab.

An zweiter Stelle haben wir als nicht minder wichtig die Fälle kennen zu lernen, bei denen man aus den bezüglichen Symptomen, wie Schmerzhaftigkeit des Bauches, Flüssigkeitserguss in denselben, ungleichmässiger Resistenz und Auftreibung des Abdomen u. dgl. auf eine Affection des Peritoneum schliessen konnte. Ueber diese wichtige Complication finden sich eine Reihe verschiedener Angaben in den Krankengeschichten, die ich hier der Reihe nach aufzählen will. Hierbei teile ich die Affectionen des Peritoneum in zwei Gruppen, und rechne zu der ersten die rein metastatische einfache Krebsentwickelung des Bauchfells ohne gleichzeitige entzündliche Veränderungen an demselben, zur zweiten die durch Perforation exulcerierender Carcinome der Magenwand entstandenen secundären Peritonitisformen, teils einfach fibrinöser, teils auch carcinomatöser Natur, welch letztere Form natürlich aetiologisch mit der zweiten Gruppe nicht immer zusammenzuhängen braucht und auch ohne die erwähnte Perforation bestehen kann.

Wie bekannt, braucht eine einfache Carcinose des Peritoneum kaum ausnehmend schwere Symptome hervorzurufen und kann sogar dem Untersucher gänzlich verborgen bleiben. Ein eventuell sich entwickelnder Flüssigkeitserguss wird dann auf die Spur leiten. Bedeutend klarer wird die Sachlage, wenn zugleich Entzündungserscheinungen, die vom Peritoneum ausgehen, sich hinzugesellen. Die Diagnose wird dann leicht, wie erwähnt, aus

den hierfür charakteristischen Erscheinungen, den Schmerzen, der Auftreibung des Abdomen etc., gestellt werden können.

Ich finde aus den Krankengeschichten, dass im Ganzen neun Fälle zur Beobachtung kamen, bei denen die Diagnose auf eine neben dem Magencarcinom gleichzeitig bestehende carcinomatöse Peritonitis, ohne vorherige Perforation eines Magenkrebses, gestellt werden konnte; und zwar sind sechs von diesen Fällen mit der Bezeichnung: diffuse carcinomatöse Peritonitis, einer mit der Bezeichnung: circumscripte carcinomatöse Peritonitis versehen, während bei den übrigen beiden Fällen die Entscheidung, ob diffus oder circumscript, nicht angängig war. Die Symptome waren die oben erwähnten und boten nichts Aussergewöhnliches; sie bestanden in Spannung des Leibes, Flüssigkeitserguss, Druckschmerzhaftigkeit und Stuhlbeschwerden. In ein paar Fällen fehlte das sonst ziemlich ausgeprägte Symptom der Druckschmerzhaftigkeit, und man konnte nur durch den objectiven Befund von mehr oder minder zahlreichen kleineren und grösseren Knötchen, die das Peritoneum durchsetzten, auf das Bestehen einer carcinomatösen Peritonitis, und zwar der chronischen Form derselben, schliessen. Von diesen Fällen gelangten vier zur Section, durch welche die Diagnose bestätigt wurde.

Was nun weiter die durch Perforation exulcerierender Carcinome der Magenwand entstandenen Peritonitiden anbelangt, so pflegt ein solches unglückliches Ereigniss und die durch dasselbe bedingten Folgezustände sich ja durch deutlich ausgesprochene Symptome zu kennzeichnen: der heftige Leibschmerz, die Druckempfindlichkeit besonders in der Nabelgegend, die Auftreibung des Abdomen, der Hochstand des Diaphragma, das Erbrechen,

das Aufstossen, die hohe Pulsfrequenz, verbunden mit hochgradigem Collaps, alle diese Zeichen sind charakteristisch genug, um den Arzt über den Zustand des Patienten nicht in Unklarheit zu lassen. Wenn ich die Krankengeschichten über diesen Punkt nachsehe, so finde ich, dass in fünf Fällen eine solche Perforation mit folgender Peritonitis eingetreten ist. Vier der Patienten starben in der Klinik, während der fünfte, der sich im letzten Stadium befand, auf die dringenden Bitten seiner Angehörigen noch entlassen werden musste. Ueber sein Schicksal, wann und unter welchen Erscheinungen der Tod erfolgte, ist nichts angegeben. Auch zur Section kam dieser Fall nicht, während bei den vier andern die Section eine genauere Ansicht von der Perforation und ihrer Umgebung gestattete.

Was nun die Metastasenbildung in weiteren Organen betrifft, so finde ich einige wenige Fälle mit der Vermerkung: Darmcarcinom (bei zugleich bestehendem primären Magencarcinom) unter den Krankengeschichten. Ich reihe sie an dieser Stelle ein, da sie wohl alle mit den soeben erwähnten metastatischen Peritoneumcarcinomen in gleiche Linie zu stellen sind. Da indes die Darmcarcinome in der vorliegenden Arbeit nicht mit zur Besprechung hinzugezogen werden sollen, so beschränke ich mich hier auf die Angabe, dass sich der eben erwähnte Vermerk: Darmcarcinom nur bei vier Fällen angegeben findet, wovon indes wieder zwei zweifelhaft gelassen sind. Uebrigens gab keiner dieser vier Fälle Gelegenheit zu einer späteren Section, sodass eine nachträgliche feste Bestätigung der Diagnose nicht möglich war.

In einem Falle war das Omentum maius, in einem andern die linke Pleura von Carcinommetastasen ergriffen; beides konnte intra vitam diagnosticirt werden.

Schliesslich habe ich noch der Metastasenbildungen in den Lymphdrüsen zu gedenken. Dieselben waren in einer grösseren Anzahl von Fällen zu diagnosticieren. Gemeinsam ist diesen Lymphdrüsenmetastasen der Umstand, dass ihre Symptome nur äusserst selten deutlich ausgesprochen sind. Auffallend ist es in dem mir zu Gebote stehenden Material, dass Metastasenbildungen in den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen nur in vereinzelten Fällen angegeben sind, während hingegen das Vorhandensein von geschwollenen Inguinal- und Supraclavicularlymphdrüsen öfters hervorgehoben ist. Um auch hier einige Zahlen einzufügen, so ist oben schon erwähnt, dass in 40% der secierten Fälle, also bei 16 Patienten auf dem Sectionstische Carcinommetastasen in den Lymphdrüsen gefunden wurden. Hierzu kommen nun noch die folgenden Angaben, die sich auf die Beobachtung am Krankenbette beziehen: Die Inguinaldrüsen wurden in 51 Fällen, also etwa dem vierten Teil aller Fälle, geschwollen befunden. Sie zeigten sich bis auf drei Fälle sämmtlich indolent; bei diesen drei Patienten war eine deutliche Schmerzhaftigkeit der Drüsen nachzuweisen, die sich merkwürdiger Weise in allen drei Fällen nur allein auf die Drüsen der rechten Seite beschränkte. — Aehnlich ist das Verhältniss bei den Supraclaviculardrüsen, und zwar haben wir hier folgende Angaben: Die linken Supraclaviculardrüsen allein fand man in 49 Fällen geschwollen, wovon bei fünf Fällen Schmerzhaftigkeit derselben bestand, die rechten allein nur in einem Falle; beiderseitige Schwellung an demselben Patienten war in 30 Fällen festzustellen, von denen keine schmerzhaft war. Wir haben also eine Schwellung der Supraclaviculardrüsen in zusammen 80 Fällen. — Ferner waren zwei Mal die Cubitaldrüsen geschwollen; einmal fand sich in

der rechten Achselhöhle eine „apfelgrosse Lymphdrüsengeschwulst“.

Fassen wir diese eben angeführten Angaben über Lymphdrüsenschwellungen zusammen, so sehen wir, dass zusammen in 134 Fällen solche zu diagnosticieren waren, also in etwas mehr als 65%.

Diese Angaben sind zwar, wie ich glaube, von keiner grossen Wichtigkeit; indes ist doch immerhin zu bedenken, dass manchmal ausschliesslich das rasche Anschwellen und die eventuelle Schmerzhaftigkeit der Lymphdrüsen die bis dahin zweifelhafte Differentialdiagnose zwischen Ulcus ventriculi und Carcinoma ventriculi zu Gunsten des letzteren entscheidet, wie ich auch im vorliegendem Material in einigen Fällen zu sehen Gelegenheit hatte.

Es bleibt mir noch übrig, mit wenigen Worten auf die sonstigen Erscheinungen hinzuweisen, die sich bei den von mir besprochenen Krankheitsfällen, teils ausser, teils in Zusammenhang mit dem Magencarcinom bemerkbar machten. Natürlich konnte ich hier nicht alle möglichen Veränderungen, die sich bei diesen oder jenen Kranken zufällig gleichzeitig an anderen Organen fanden, berücksichtigen. Das würde viel zu weit führen und überdies auch nicht dem Zweck meiner Arbeit entsprechend sein. —

Inbetreff des Stuhles der Patienten habe ich oben schon erwähnt, dass derselbe bei ulcerierenden Carcinomen oder gleichzeitig neben Carcinom bestehendem Ulcus oftmals eine schwärzlich gefärbte, zähe, theerartige Masse bildet und sich in letzterer Beschaffenheit besonders häufig gleich nach dem Auftreten des bekannten charakteristischen kaffeesatzähnlichen Erbrechens einzustellen pflegt. Ich füge hierzu noch die Bemerkung hinzu, dass bei den am Magen-

carcinom Leidenden vielfach Stuhlbeschwerden, gewöhnlich in Obstipation bestehend, vorhanden waren, die zwar in einigen Fällen nicht selten von Durchfällen unterbrochen wurde, gewöhnlich aber erst durch Anwendung von Klystieren zum Schwinden gebracht werden konnte.

Die Harnmenge war meistens verringert, entsprechend dem schlechten Allgemein-Ernährungszustande und den heruntergekommenen Functionen des Körpers überhaupt. — Inbetreff des Pulses und der Temperatur ist keine Angabe von erheblicher Wichtigkeit zu machen.

Von Seiten der Lungen wäre das Vorhandensein einer Tuberculosis pulmonum hauptsächlich erwähnenswert. Wie schon bemerkt, neigte man früher der Ansicht zu, dass Lungentuberculose und Magencarcinom sich gegenseitig fast vollkommen ausschlössen, eine Ansicht, welche im Laufe der Zeit zu Gunsten einer weniger strengen geschwunden ist. Ich führte schon zwei Fälle an, bei denen bei der Section der Befund einer Phthisis pulmonum gemacht wurde, und kann hier noch neun weitere Fälle dieser Art anreihen, bei denen schon intra vitam sicher Lungenphthise diagnosticiert werden konnte, — abgesehen von einem Falle, wo die Sicherheit nicht absolut war. Wir hätten also im Ganzen elf Fälle von ausgesprochener Lungenphthise unter 206 Fällen von Carcinoma ventriculi, mithin 5,34%, eine doch ganz beachtenswerthe Zahl. —

Nicht unerwähnt will ich schliesslich das Vorhandensein von Oedemen lassen, die sich ziemlich häufig vorfanden und sich besonders in den vorgerückteren Stadien der Krankheit vergrösserten. Am häufigsten waren die Unterschenkel und Füsse, speciell die Malleolen, davon befallen. Ich zählte, soweit hierüber überhaupt speciellere Angaben gemacht sind, 25 Fälle, wo hochgradigere Oe-

deme an Unterschenkeln und Füssen bestanden, die sich in drei Fällen bis auf die Oberschenkel und in einem Falle bis auf die Bauchdecken hinauf erstreckten. Seltener pflegten die Oedeme auch an andern Körperstellen aufzutreten; angegeben fand ich in dieser Hinsicht, dass zwei Mal die Lendenwirbelsäule, zwei Mal die Augenlider, drei Mal Vorderarme und Hände, speciell Handrücken, davon befallen waren. Bei zweien dieser Patienten dürften sich die Oedeme auf eine gleichzeitig bestehende und diagnosticierte Nephritis zurückführen lassen; für die übrigen ist als Hauptursache die gleichzeitig vorhandene Herzschwäche verantwortlich zu machen. —

Nachdem ich mich nun bisjetzt mit der Besprechung der Symptomatologie des Magencarcinoms befasst und die einzelnen Erscheinungen von Seiten des Magens und der übrigen Organe stets mit Beziehung auf die mir zur Bearbeitung überlassenen Krankengeschichten der Reihe nach hervorgehoben habe, erübrigt es mir jetzt noch, mich gemäss dem am Beginne dieses Abschnittes aufgestellten Schema noch des Näheren auf einige Mittheilungen in Bezug auf die Dauer, den Verlauf und den schliesslichen Ausgang der Krankheit, beziehentlich der in Rede stehenden Fälle derselben, einzulassen.

Wenn ich mich hier zunächst auf mein Material beziehe, so lässt sich hier leider nicht in jedem Falle eine positive Angabe oder eine Beantwortung aller drei Punkte erbringen, — und zwar einfach aus dem Grunde, weil eine grössere Anzahl unserer Patienten vorzeitig die Klinik verliess, von dem Wunsche beseelt, sich wieder, so gut wie es eben gehen wollte, ihrem Berufe zu widmen, und auch der Klinik nur in sehr seltenen Fällen einmal

Nachricht von ihrem Befinden und ihrer Arbeitsfähigkeit zukommen liess. Dieses vorzeitige Drängen nach Entlassung, der Wunsch wieder in geregelte Tätigkeit zu kommen, entspringen ja aus leicht erklärlichen Motiven. Schon oben hatte ich Gelegenheit, diesen Punkt zu berühren. Wie oft müssen wir nicht in den Krankenanstalten oder Kliniken Patienten und Patientinnen sehen, die kaum in etwas gebessert, kaum sich etwas freier und wohler fühlend, ihre Entlassung fordern und oft trotz dringenden ärztlichen Abratens nicht zum Bleiben zu bewegen sind, freilich leider nicht selten, um nach kurzer Zeit mit denselben oder gar noch verstärkten Beschwerden wieder zu kommen, nachdem sie glücklich ob ihres subjectiv ganz guten Befindens und voll der besten Hoffnungen gegangen waren! — Mag nun auch bei den leichteren, unserer Behandlung zugänglichen Erkrankungen dieses Wagniss eines zu frühen Verlassens des Krankenhauses oftmals noch gut von Statten gehen, mögen oft die bösen Folgen, die plötzlich auftretenden Verschlimmerungen oder der Uebergang des Leidens in chronische Formen, ausbleiben, so ist dies leider keineswegs bei unseren schweren unheilbaren Krankheiten, wozu ja in erster Linie der Magenkrebs gehört, der Fall. Früher oder später tritt der Rückschlag ein und die Patienten, die sich vielleicht längere Zeit hindurch in leidlichem Wohlsein befanden, eilen von nun an unaufhaltsam dem unvermeidlichen Tode entgegen.

So auch in unseren Fällen. In dem elendesten, traurigsten Zustande verlangten manche Patienten und Patientinnen ihre Entlassung oder wurden von den unverständigen und den Mahnungen des Arztes hier wie oft kein Gehör schenkenden Angehörigen abgeholt. In sechs von diesen Fällen ist der Klinik eine Nachricht von dem

baldigen Tode der Betreffenden zugegangen; bei einem findet sich die Mitteilung, dass der Patient sich später in seiner Heimath habe operieren lassen, aber sofort nach der Operation verstorben sei. Ueber die operierten Fälle nachher noch einige Worte!

Um auch hier einige Zahlen anzuführen, sei erwähnt, dass von unseren 206 Fällen weit über hundert nach einigen Tagen oder auch Wochen zum grössten Theil „auf Wunsch“ entlassen resp. abgeholt wurden, davon eine Reihe in demselben oder noch schlechterem Zustande wie bei der Aufnahme, während 38 Kranke angaben, sich nun ganz wohl zu fühlen und in glücklicher Unkenntniss ihres wahren Zustandes voller Euphorie der Klinik Valet sagten, nachdem ihre Hauptklagen, die sich vorwiegend auf die dyspeptischen Beschwerden bezogen hatten, durch geeignete Maassnahmen gehoben worden waren.

Was die Häufigkeit der Todesfälle in unserem Material (die ich übrigens unten noch einmal berühren werde) betrifft, so habe ich schon früher bemerkt, dass 44 Kranke während ihres Aufenthaltes in der Klinik vom Tode ereilt wurden, von denen 40 zur Section kamen. Hieran reihen sich noch an die oben erwähnten, ausserhalb der Klinik bei sieben nicht lange vorher entlassenen Patienten eingetretenen Todesfälle, die der Klinik von den Angehörigen mitgeteilt wurden. Indes meine ich, dass diese letzteren sieben Todesfälle für die Statistik wohl nicht ganz den vollen Wert besitzen, insofern als wir ja nicht darüber unterrichtet sind, wie sich der Verlauf der Krankheit bei den übrigen entlassenen Patienten gestaltet hat, ob auch hier kurz nach der Entlassung Todesfälle — wie viele, nach wie langer Zeit? — eingetreten sind (was ja allerdings sehr wahrscheinlich ist), da uns eben von diesen übrigen keine Nachrichten späterhin zugekommen

sind. — Von den zuerst genannten 44 Patienten starben drei nach einer Operation, der Gastroenterostomie, die in der chirurgischen Klinik gemacht wurde. In weiteren fünf Fällen wurde eine den Kranken vom Arzte vorgeschlagene Operation von den Patienten aus Unlust oder Aengstlickkeit abgelehnt. Als mehr nebensächlich möchte ich endlich noch bemerken, dass ein Patient — ein Landwirth — sich heimlich aus der Klinik entfernte, ein anderer — ein Arbeiter — wegen ungebührlichen Benehmens entlassen werden musste.

Soweit ein kurzer Ueberblick über die Dauer der klinischen Behandlung in diesen Fällen.

Was nun die Dauer des in Rede stehenden Leidens überhaupt betrifft, so lassen sich hierüber keine festen Angaben machen. Das ganze klinische Bild des Magencarcinoms gestaltet sich so ausserordentlich wechselvoll, die Menge und Schwere der Symptome ist in den einzelnen Fällen so mannigfaltig und verschieden, dass genaue Zeitangaben über die Dauer vom Beginne bis zum Ende, d. h. zum Tode, der ja bei der Unheilbarkeit des Leidens stets die Krankheit abschliesst, nicht angängig sind. Man zieht deshalb weitere Grenzen und giebt gewöhnlich ein bis zwei Jahre als Krankheitsdauer an; letzteres würde wohl die äusserste Grenze sein.

Länger indes kann sich das ganze Krankheitsbild, d. h. der ganze Complex krankhafter Symptome vom ersten Auftreten dyspeptischer Erscheinungen überhaupt bis zum Tode, gestalten, wenn wir ein solches Carcinoma ventriculi beobachten, das sich auf dem Grunde eines früheren Ulcus ventriculi entwickelt. Allerdings würde, genau genommen, die Dauer der Krankheit, soweit sie allein durch das Carcinom bedingt ist, nicht verlängert sein, — das heisst sofern man eben die Erkrankung von

dem Zeitpunkte ab als Carcinom bezeichnet, von dem an die Entwickelung eines solchen eigentlich datiert. Aber einerseits ist es oft schwer, wenn nicht unmöglich, genau diesen Zeitpunkt zu bestimmen, von dem ab man mit Sicherheit das allmähliche Wachstum eines Carcinoms auf dem Boden des Ulcus zu bestimmen vermöchte, andrerseits pflegt man auch diesen Unterschied in der Praxis nicht zu machen, sondern fasst lieber gegebenen Falls das gesammte Krankheitsbild unter dem Namen Carcinoma ventriculi auf der Basis eines Ulcus ventriculi zusammen, ein Umstand, aus dem sich dann sofort auch wieder die längere Krankheitsdauer in dem betreffenden Falle erklärt.

Dass überhaupt Ulcus und Carcinom des Magens oftmals zu einander in nahe Beziehungen treten, ist eine längst durch zahlreiche Beobachtungen erwiesene Thatsache. Wir finden daher auch in den klinischen und pathologisch-anatomischen Lehrbüchern stets der Beziehungen dieser beiden Krankheiten zu einander Erwähnung gethan; auch der stricte anatomische Nachweis dieses Zusammenhanges ist in neuerer Zeit durch genauere Studien, besonders von Hauser[1]), erbracht worden. Hauser gelangte auf Grund sorgfältiger mikroskopischer Untersuchungen zu dem Resultat, dass sich in der That ein Magencarcinom aus einem Magengeschwür entwickeln kann. An dieser Stelle bedarf diese Thatsache keiner Beweisführung und ich verweise in dieser Beziehung auf die Hausersche Arbeit. Hier wird es sich nur darum handeln, auf Grund des vorliegenden Materials einige Bei-

---

1) Hauser, Das chronische Magengeschwür, sein Vernarbungsprocess und dessen Beziehungen zum Magencarcinom. Leipzig, 1883.

träge zur Statistik dieser Fälle zu liefern, soweit sie von erheblicherem Interesse sind.

Solche Fälle, bei denen während der klinischen Beobachtung überhaupt das Bestehen eines Ulcus in Betracht gezogen ist, haben wir 18, und zwar 15 auf der männlichen, 3 auf der weiblichen Abteilung. Von diesen 18 Fällen gelangten 7 zur Section, sechs Männer und eine Frau. — Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes theile ich die einzelnen Fälle im Auszuge kurz mit:

1) R. F., Arbeiter, 37 J. alt, behandelt vom 24. April bis 10. Juli 1883.

Anamnese: Seit Februar 1881 krank. Dyspeptische Symptome, Schmerzen im Bauch, gelegentlich Erbrechen, das niemals bluthaltig war. Stuhl schwärzlich. Sehr abgemagert. In letzter Zeit Bauch aufgetrieben.

Status: Blasses Aussehen, leidender Gesichtsausdruck, grosser Collaps. Schneidende Schmerzen im Bauch, besonders am Nabel. Uebelkeit, auf Druck Erbrechen von sauren, gelben, ranzigen Massen. Zunge grau belegt, oft Aufstossen. — Bauch sehr gespannt, mässig aufgetrieben, in der Mitte nicht gleichmässig. Ueber dem Magen tympanitischer Schall. — Linke Supraclaviculardrüsen geschwollen. Oedeme an den Malleolen.

Diagnose: Ulcus ventriculi mit Perforationssymptomen. Peritonitis chronica diffusa carcinomatosa ex carcinomate ventriculi.

Verlauf: Patient erholte sich während der Behandlung und zeigte sich später in relativ gesundem Zustande. Die medicamentöse Behandlung bestand in Darreichung von Emuls. amygd. compos. mit Tinct. theb., und Tinct. rhei vinosa.

2) C. D., Ackermann, 37 J. alt, behandelt vom 20. Juli bis 24. Juli 1885. — Exitus letalis.

Anamnese: Hat früher viel am Magen gelitten. Seit März des Jahres Appetitlosigkeit, Druck im Epigastrium. der sich häufig zu Schmerzen steigerte, besonders nach dem Essen. Oft Aufstossen. Bisweilen Blut im Stuhl. Erbrechen vielfach, seit Mai täglich zwei Mal. Arbeitete bis Mai, musste sich dann legen.

Status: Magerer, mittelmässig genährter Mann mit blassen Schleimhäuten. Schmerzen im Epigastrium und in der Unterbauchgegend. Druckempfindlichkeit über den ganzen Bauch. Bauch ela-

stisch, fluctuierend. Im Epigastrium Resistenz zwischen Processus xiphoidens und Nabel. Man fühlt einen kleinen circumscripten Tumor, darüber besteht Dämpfung. Oedeme an Unterschenkeln und Füssen.

Diagnose: Peritonitis circumscripta, ausgehend von einem Tumor oder einem Ulcus ventriculi.

Verlauf: Collaps nimmt zu, Leib wird stärker aufgetrieben. Es tritt eine Perforationsperitonitis ein. Der Kranke stösst fäculente Massen aus, ohne dabei eigentliche Brechbewegungen zu machen. Der Tod erfolgt nach vorheriger grosser Unruhe, die mit Angst und Beklemmung einherging.

Sectionsbefund: Knolliges Carcinom der kleinen Curvatur, in Verjauchung befindlich. Perforation in die durch Adhäsionen verkleinerte Bursa omentalis. Allgemeine Peritonitis geringeren Grades.

3) A. O., Buchbinder, 55 J. alt, behandelt vom 28. Juli bis 19. August 1885.

Anamnese: Leidet seit zehn Jahren mit Unterbrechungen, seit zwei Jahren constant an Magenbeschwerden. Der Appetit war bis vor $^1/_4$ Jahre gut. Patient hat seit vier Wochen täglich Erbrechen, das Erbrochene sah in den letzten vierzehn Tagen chokoladenfarbig aus. Schmerzen, die nach dem Essen schlimmer werden. Saures Aufstossen. Stuhl angehalten, nicht bluthaltig. Sonst keine Beschwerden.

Status: Mittelgut genährter Mann mit blassen Schleimhäuten, leidendem Gesichtsausdruck. Schmerzen im Bereich des rechten Rippenbogens, beim Liegen stärker als im Sitzen. Druckempfindlichkeit in der Magengegend. — Unterhalb des Nabels strangförmige Resistenz; im Epigastrium gedämpft-tympanitischer Schall.

Im weiteren Verlauf Zunahme der Kachexie, häufiges und reichliches Erbrechen schwärzlich-brauner kaffeesatzähnlicher Massen, heftige Schmerzen. Allgemeine Verschlechterung des Befindens. Auf Wunsch entlassen.

Diagnose: Gegen Carcinom sprachen die Länge der Krankheit und das bis vor kurzem gute Befinden des Patienten. Dafür sprach der zu fühlende Strang unter der schmerzhaften Stelle, wohl der Pylorusgegend. Vielleicht ist Carcinom zu einem bestehenden Ulcus ventriculi hinzugekommen anzunehmen. Anzunehmen wäre also: Ulcus corrosivum carcinomatosum (mit Pylorusstenose) an der vorderen Magenwand; letzteres wegen der geringeren Schmerzhaftigkeit im Sitzen anzunehmen.

Die medicamentöse Behandlung bestand in Darreichung von

Tinct. amara mit Syr. ferri jod., und von Natrium salicyl. mit Bism. subnitricum.

4) L. H., Kutscher, 66 J. alt, behandelt vom 28. September bis 26. October 1886. — Exitus letalis.

Anamnese: Alkoholmisbrauch wahrscheinlich. Giebt an, seit dem 1. Juni an einem Magengeschwür zu leiden. Oft Blutbrechen; im Stuhl Blut von schwarzer Farbe, Stuhl unregelmässig und hart. Schmerzen im Rücken und in der linken Brustseite. Appetit schlecht. Patient ist sehr abgemagert, die Beschwerden haben in letzter Zeit zugenommen.

Status: Geröthetes Potatorengesicht mit Akneknötchen. Bauchdecken schlaff, rechtes Epigastrium druckempfindlich, daselbst eine weiche Resistenz mit gedämpft-tympanitischem Schall. Magen stark mit Flüssigkeit angefüllt, seine Contouren deutlich zu sehen. Am 25. October an der rechten Unterbauchgegend ein grosser Knoten fühlbar.

Patient erbricht sehr viel und reichlich saure, oft kaffeesatzähnliche Massen. Er deliriert in der letzten Zeit Nachts sehr viel, später auch am Tage. Der Tod erfolgt unter Zunahme der allgemeinen Schwäche.

Diagnose: Ulcus carcinomatosum ventriculi.

Sektionsbefund: Ulcus ventriculi simplex. Stenosis pylori. Saure Magenerweichung. — Bronchitis. Nephritis haemorrhagica.

5) F. W., Zimmermann, 34 J. alt, behandelt vom 26. Mai bis 15. Juni 1887.

Anamnese: Seit Weihnachten krank: Magenschmerzen, Aufstossen und Sodbrennen, kein Erbrechen. Kurze Zeit vor Ostern Rückenschmerzen, besonders beim Bücken. Dann allmählich Zunahme der Schmerzen mit Frost und Hitze. Appetit seit Weihnachten schlecht. Kein Durchfall. In letzter Zeit auch Schmerzen in der linken Bauchseite.

Status: Elend und anämisch aussehender Mann. Klagt besonders über heftige Leibschmerzen. Unterm linken Rippenbogen fühlt man eine glatte, sehr schmerzhafte Resistenz (den linken Leberlappen?) mit gedämpft-tympanitischem Schall. Die Resistenz ist unbestimmt; ein Tumor ist nicht zu fühlen.

Diagnose: Für Carcinom spräche die vielleicht von der vorderen Magenwand ausgehende Resistenz, in welchem Falle der Sitz der Geschwulst auffallend wäre. Möglicherweise auch Ulcus. Bemerkenswerth ist das jetzige Fehlen der dyspeptischen Erscheinungen

Der Patient wird unverändert entlassen.

6) C. M., Bahnwärter, 49 J. alt. Behandelt vom 27. April bis 3. Mai 1888.

Anamnese: Patient erkrankte zuerst 1874, bis zu welchem Jahre er sehr kräftig gewesen sein will, mit schneidenden Magenschmerzen und häufigem Erbrechen. In den Jahren 1880 und 81 befand er sich besser, worauf wieder eine kurzdauernde Verschlimmerung auftrat, die sich 1883 wiederholte: es erfolgte Blutbrechen und auch im Stuhl zeigten sich Massen schwarzbraunen Blutes. Eine darauf folgende Besserung hielt bis zum Jahre 1887 an, von wo ab sich die Verschlimmerung seines alten Leidens datirt. Es wurde damals in der medicinischen Poliklinik ein Ulcus ventriculi diagnosticirt.

Status: Zur Zeit klagt der Patient über weniger Schmerzen. Der Appetit ist leidlich. Der Kranke ist blass, mässig genährt, über der linken Clavicula finden sich einige geschwollene Drüsen. Ein Tumor in der Magengegend ist nicht fühlbar, auch keine Dilatation und Plätschern nachweisbar. Nur am rechten Rande des rechten Rectus abdominis ist eine Resistenz zu bemerken, die vielleicht ein Carcinom sein könnte, was jedoch nach den anamnestischen Daten nicht sicher zu schliessen ist. Auch die Lymphdrüsen wachsen nur langsam. — Ein Ulcus hat dieselbe Wahrscheinlichkeit für sich wie ein Carcinom.

Der Patient wird gebessert entlassen.

7) J. D., Schmied, 67 J. alt; behandelt vom 23. October bis 12. December 1888.

Anamnese: Seit 13 Jahren Magenbeschwerden, besonders in Druck und Völle bestehend; ohne Erbrechen und Aufstossen bis vor $^1/_4$ Jahr. Seitdem schwärzlicher Stuhl und Erbrechen schwarzer Massen, Zunahme der dyspeptischen Erscheinungen. Appetit und Gewicht nahmen ab. Patient bemerkte eine Härte des Leibes in der Magengegend.

Status: Mittelgut genährter Mann mit leidendem Gesichtsausdruck. Im Epigastrium faustgrosser, harter, knolliger, sehr druckempfindlicher Tumor zu fühlen, mit gedämpft-tympanitischem Schall. Der übrige Leib fühlt sich weich an.

Im Verlauf der Krankheit bestehen meist ziemlich bedeutende Schmerzen im Epigastrium; die dyspeptischen Beschwerden werden zeitweise sehr heftig.

Diagnose: Carcinoma ventriculi, wahrscheinlich auf der Basis eines ulcus entstanden. — Eventuell auch Carcinoma hepatis.

Der Patient starb fünf Tage nach seiner Entlassung ausserhalb der Klinik. Leider konnte eine Section nicht gemacht werden.

8) H. A., Tischler, 56 J. alt, behandelt vom 2. Juli bis 19. August 1889. — Exitus letalis.

Anamnese: Patient will schon im Winter in ähnlicher Weise erkrankt gewesen sein. Seit April bestehen Schmerzen in der Oberbauchgegend, ferner Erbrechen und Aufstossen. Das Erbrochene zeigte in der letzten Zeit eine kaffeebraune Beschaffenheit.

Status: Mann mit untermittelmässiger Ernährung, blassgelblicher Gesichtsfarbe und blassen Schleimhäuten. Man fühlt am rechten Rippenbogen am lateralen Rande des Rectus abdominis eine Resistenz. Bei Aufblähung des Magens kann man denselben deutlich von der Umgebung abgrenzen. An seinem lateralen Rande ist eine besonders schmerzhafte kleine Resistenz zu bemerken. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits geschwollen.

Diagnose: Magendilatation durch Pylorusstenose, letztere durch Neubildung im Magen oder in seiner Umgebung bedingt. Wahrscheinlich auch Ulceration vorhanden.

Patient muss sehr viel reichliche kaffeesatzartige Massen erbrechen, hat starke Magenschmerzen. Eine Operation, die ihm vorgeschlagen wird, lehnt er ab. Er collabiert mehr und mehr; der Tod erfolgt nach einem Tage etwas besseren Befindens unter schnellem Collaps.

Sectionsbefund: Carcinoma pylori. Peritonitis carcinomatosa. Braune Atrophie von Herz und Leber. Lungenoedem.

9) A. J., Arbeiter, 58 J. alt. Behandelt vom 13. Juli bis 19. Juli 1889 und vom 20. Februar bis 29. Mai 1890. Exitus letalis am 30. August 1890 ausserhalb der Klinik.

Anamnese: Patient empfand zuerst im Mai 1888, angeblich nach einer starken Erkältung, heftige Bauchschmerzen, die seitdem fortbestanden. Ausserdem leidet er an dyspeptischen Beschwerden.

Status: Sehr magerer Mann mit leidendem Gesichtsausdruck. In der Oberbauchgegend Prominenz, die vom Magen herrührt und gedämpft-tympanitischen Schall giebt. Dicht daneben und darüber noch eine kleinere Prominenz, rauh, ebenfalls mit gedämpft-tympanitischem Schalle, einige Centimeter lang und breit. Sie ist beim Atmen verschieblich und lässt es unentschieden, ob sie mit der Leber zusammenhängt oder nicht.

Diagnose: Carcinoma pylori, ausserdem Ulcus, da Carcinom allein nicht so heftige Schmerzen macht. Pylorusstenose.

Auf der chirurgischen Klinik wird die Gastroenterostomie gemacht und Patient dann entlassen. Er fühlte sich dann einige Zeit ganz wohl, bald aber traten die alten Beschwerden wieder auf, nachdem er zwei Monate lang auf der chirurgischen Klinik gelegen hatte. Am 20. Februar 1890 suchte er die medicinisshe Klinik wiederum auf.

Status: Stark abgemagert. Bauch eingesunken, links vom Nabel sieht man eine 20 Centimeter lange Narbe verlaufen, fühlt dort auch an mehreren Stellen harte Knoten, die gedämpft-tympanitischen Schall geben. Die Supraclaviculardrüsen sind beiderseits geschwollen. Die Narbe am Bauch ist dem Patienten sehr schmerzhaft. Er erbricht zeitweise braune kaffeesatzähnliche Massen; der Appetit ist ziemlich gut.

Der Patient musste dann wegen Ungebühr entlassen werden und wurde im städtischen Krankenhause weiter verpflegt, wo er am 30. August, also über ein Jahr nach der Operation, starb.

Sectionsbefund: Magen mit Bauchwand verwachsen (Gastroenterostomie); Scirrhus pylori. Geringe Phthisis pulmonum.

10) J. S., Maurer, 46 J. alt; behandelt vom 7. Juli bis 18. Juli 1890.

Anamnese: Patient ist früher schon einmal wegen Magenkrankheit behandelt worden. Seit einem halben Jahre bestehen dyspeptische Erscheinungen, wie Appetitlosigkeit, Aufstossen, Sodbrennen, tägliches Erbrechen; ausserdem Schmerzen in der Magengegend. Am Tage vor der Aufnahme bemerkte er Blut im Erbrochenen und im Stuhl. Ausserdem litt er an häufigem Nasenbluten.

Status: Mittelmässig genährter Mann mit blassem Aussehen, schlaffer Muskulatur, ohne Panniculus adiposus. Ziemlich collabiert; sehr schwach. Beim Sondieren des Oesophagus Widerstand in der Gegend der Cardia, der aber überwunden wird. Leib in der Regio epigastrica druckempfindlich; man fühlt dort eine sich bis zum linken Rippenbogen erstreckende Härte. Der Magen ist dilatiert.

Patient zeigt grosse Schwäche, verbunden mit Fieber. Oft Nasenbluten. Stuhl ist theerfarben. Er wird auf seinen Wunsch entlassen.

Diagnose: Stenosis oesophagi. Ulcus ventriculi (wegen der starken Blutungen im Verdauungstractus), wohl mit Carcinom verbunden.

11) L. B., Ackerknecht, 56 J. alt. Behandelt vom 10. November bis 17. December 1890.

Anamnese: Patient ist seit $^1/_4$ Jahr krank, er leidet an Appetitlosigkeit, hat Schmerzen in der Magengrube, muss viel erbrechen. Das Erbrechen ist schwarz und klumpig, bluthaltig. Aufstossen und Sodbrennen nicht vorhanden.

Status: Mittelgut genährter Mann, blasse Haut und Schleimhäute; kein Panniculus adiposus. Während der ganzen Untersuchung stöhnt er laut. Magengegend etwas eingesunken, Bauch weich. Ein Tumor ist zunächst nicht fühlbar; erst später bemerkt man eine hühnereigrosse druckempfindliche Geschwulst im Epigastrium. Die linken Supraclaviculardrüsen sind geschwollen. Patient wird auf Wunsch entlassen.

Diagnose: Wegen der heftigen Gastralgieen Ulcus ventriculi; wegen des kaffeesatzähnlichen Erbrechens und des fühlbaren Tumors Carcinoma ventriculi.

Die Schmerzen wurden durch subcutane Injectionen von Morphium mit Atropin gelindert.

12) F. N., Magazinaufseher, 52 J. alt. Behandelt vom 14. Juni bis 14. Juli 1893 und vom 27. December 1893 bis 12. Januar 1894.

Anamnese: Patient war im October 1892 schon einmal magenkrank. Seit Mitte April leidet er wieder an Magenschmerzen, Erbrechen, saurem Aufstossen, Sodbrennen, schlechtem Appetit und allgemeiner Schwäche. Er hat sehr an Gewicht verloren.

Status: Mittelgut genährter Mann mit geringem Panniculus adiposus. Im rechten Epigastrium fühlt man eine oberflächliche, wie es scheint aus einem einzelnen Knoten zusammengesetzte Härte. Ausserdem Dilatatio ventriculi und Plätschergeräusche. Beim Aufblähen des Magens fühlt man keine tiefer liegenden Tumoren.

Diagnose: Ulcus und Carcinoma ventriculi.

Während des Verlaufes bestehen die in der Anamnese genannten Beschwerden weiter und bessern sich dann in einiger Zeit. Bei der Entlassung am 14. Juli besteht ausser der allgemeinen Schwäche und geringer Druckempfindlichkeit in der Magengegend kein weiteres Symptom einer Dyspepsie.

Indes begannen die Beschwerden Anfangs December sich wieder von neuem bemerkbar zu machen, besonders stellte sich Blutbrechen ein. Bei der Untersuchung nach wiederum erfolgter Aufnahme ergab sich im Wesentlichen derselbe Befund wie zuerst. Der Patient wird nach einiger Zeit gebessert auf Wunsch entlassen.

Die Diagnose: Carcinom ist fraglich geworden.

13) W. K., Böttcher, 63 J. alt; behandelt vom 24. Juli bis 9. August 1893.

Anamnese: Patient ist seit einem Jahre krank. Die Krankheit begann mit Appetitlosigkeit, Aufstossen, Uebelkeit, Magenschmerzen, Stuhlverstopfung. Seit $^1/_2$ Jahr gesellte sich noch Erbrechen hinzu, das ein Mal kaffeesatzähnlich war.

Status: Magerer, mässig kräftiger Mann mit leidendem Gesichtsausdruck. Bauch um den Nabel herum druckempfindlich, bei der ersten Untersuchung sehr gespannt, so dass deswegen eine Resistenz nicht zu fühlen ist. Später erst macht sich eine solche deutlich innerhalb der Magengrenzen bemerkbar. Eine Dilatatio ventriculi ist nicht vorhanden. Die linken Supraclaviculardrüsen sind geschwollen. Ferner bestehen Schrumpfungsprocesse in den Lungen.

Diagnose: Ulcus und Carcinoma ventriculi.

Patient wird gebessert entlassen.

14) A. T., Musiker, 54 J. alt. Behandelt vom 12. bis 15. October 1894. — Exitus letalis.

Anamnese: Patient ist seit anderthalb Jahren magenleidend, muss viel aufstossen, dagegen seltener erbrechen. Empfindet täglich heftige „Stiche" in der Magengegend; hat sehr an Gewicht abgenommen.

Status: Sehr anämischer, kachektischer Mann. Leib aufgetrieben, gespannt; in seinem rechten oberen Quadranten unterm Rippenbogen eine undeutliche Resistenz, die stark druckempfindlich ist. Links neben dem Nabel eine kleine Prominenz. — Patient entleert einen harten, dicken, schwärzlichbraunen Stuhl. Am Tage vorm Tode sehr starke Schmerzen und hochgradige Bauchauftreibung. Vorm Tode Bewusstlosigkeit; dann allmähliches Erlöschen der Herzaction und Respiration.

Diagnose: Carcinoma ventriculi auf der Basis eines Ulcus. Tod durch innere Verblutung?

Sectionsbefund: Ulcus carcinomatosum mit Perforation in die Bauchhöhle. Peritonitis carcinomatosa. Verwachsung zwischen Magen, Leber und Gallenblase.

15) H. H., Brennereibesitzer, 39 J. alt; behandelt vom 22. October bis 27. November 1894. — Exitus letalis am 29. November in der chirurgischen Klinik.

Anamnese: Im September 1893 hatte Patient zum ersten Mal Blutbrechen und Blut im Stuhl. Er hatte kurz vorher schwere

Säcke zu tragen gehabt, wobei er plötzlich so heftige Schmerzen im Leibe verspürte, dass er den Sack hinsetzen musste. Drei Tage nach dem Blutbrechen wurde er auf dem rechten Auge blind, auf dem linken blieb die Sehkraft nur wenig erhalten. Seit $^1/_4$ Jahr besteht meist schleimig-wässeriges Erbrechen; an Gewicht hat er sehr abgenommen.

Status: Mässig genährter Mann mit ikterischer Hautfärbung. Er klagt über Aufgetriebenheit und Völle des Leibes und Schmerzen. — Die Bauchdecken sind gespannt und schmerzhaft; auch die Palpation der Leber ist schmerzhaft. Resistenz nicht deutlich zu fühlen wegen der vorliegenden Leber. Es wird zunächst Icterus e causa ignota diagnosticirt. Später sind vom Rectum aus Tumoren fühlbar, die vielleicht geschwollene retroperitoneale Lymphdrüsen, vielleicht auch secundäre Pankreastumoren sein können. Patient entleert mehrmals täglich einen hellgrauen Stuhl; die Beschwerden und Schmerzen treten in wechselnder Stärke auf.

Diagnose: Ulcus ventriculi. Carcinom, wohl auf dessen Grunde entstanden. Verschluss des Ductus choledochus durch eine maligne Neubildung. Metastasen in den retroperitonealen Lymphdrüsen, hochgradige Darmstenose. Totale Opticusatrophie rechts, partielle links.

Da eine totale Verlegung des Darms durch einen Tumor angenommen wird, wird Patient auf die chirurgische Klinik gebracht. Dort tritt, bevor noch eine Operation hatte stattfinden können, Perforationsperitonitis und Tod des Patienten ein.

Sectionsbefund: Gastritis. Grosse Narbe am Pylorus mit folgender Carcinombildung. Ulcus ventriculi mit Perforation in die Bauchhöhle. Peritonitis. Carcinom des Ductus choledochus, carcinomatöse Strictur des linken Pfortaderastes, Carcinom des Peritoneum in der Excavatio vesico-rectalis.

16) D. M., Töpferfrau, 43 J. alt; behandelt vom 25. Mai bis 23. September 1884.

Anamnese: Patientin leidet nach ihrer Angabe seit vier Jahren an einem Magengeschwür. Appetit fehlt, Stuhl unregelmässig, oft Erbrechen. In den letzten 14 Tagen trat 2 Mal Blutbrechen auf. Die Menses fehlen seit fünf Jahren.

Status: Aeusserst blasse, stark abgemagerte Frau mit sehr blassen Schleimhäuten. Oberhalb des Nabels ist eine längsverlaufende 12 cm lange, 3 cm breite kleinhöckerige Hervorragung zu bemerken. Unterm Processus ensiformis eine druckempfindliche Resistenz. Am 4. Juli in der Magengegend weder Tumor noch Resistenz fühlbar. Zeitweise bemerkte man unterm linken Rippen-

bogen eine flache, kleinhöckerige Resistenz. — Zuweilen Erbrechen weissgelblicher Massen. Schmerzen abwechselnd stark, zuweilen besonders unterm linken Rippenbogen äusserst heftig. — Inguinaldrüsen geschwollen.

Diagnose: Ulcus ventriculi corrosivum. Carcinom bleibt zweifelhaft.

Patientin wird ungebessert auf Wunsch entlassen.

17) R. L., Lehrersfrau, 47 J. alt; behandelt vom 18. bis 26. Juli 1884. — Exitus letalis Anfang October.

Anamnese: Seit April Rückenschmerzen, kaffeesatzähnliches Erbrechen; Stuhl hart, von schwarzer Farbe. Leistendrüsen seitdem geschwollen. Patientin hat elf Mal geboren, darunter 2 Fehlgeburten und 2 Frühgeburten. 7 Kinder leben. Die letzte Geburt war vor fünf Jahren, seitdem besteht Fluor albus.

Status: Schlecht genährte, elende Frau. Bauch kugelig vorgetrieben, Epigastrium druckempfindlich. Unterm linken Rippenbogen flache, tiefliegende, leicht höckrige Resistenz. Plätschergeräusch. — Starke Magenschmerzen, täglich Erbrechen. Patientin wird immer kachektischer; auf Wunsch entlassen. Starb Anfangs October in der Stadt.

Diagnose: Dilatatio ventriculi. Ulcus corrosivum. Wahrscheinlich auch Carcinom.

Sektionsbefund: Scirrhöse Verdickung der Magenwand mit starker Schrumpfung. Verwachsung der Bauchorgane. Kein Ulcus ventriculi.

18) D. N., Gerichtsdienersfrau, 40 J. alt; behandelt vom 11. Juni bis 9. Juli 1890.

Anamnese: Seit ca. acht Wochen täglich Magenschmerzen, die sich zuerst nach dem Genusse eines Stückes harten Rindfleisches, das der Patientin Schmerzen verursachte, eingestellt haben sollen. Ferner Magendruck, Appetitlosigkeit, starke Gewichtsabnahme. In der letzten Woche täglich Erbrechen.

Status: Sehr abgemagerte und anämische Frau. Beim Betrachten des Leibes sind peristaltische Bewegungen der Darmschlingen zu sehen. Genaue Palpation ist wegen der Spannung nicht möglich.

Die Diagnose wird auf Ulcus ventriculi gestellt, wofür die Entstehung des Leidens spricht. Unsicher ist sie wegen der fehlenden Blutungen.

Am 4. Juli ist ein Tumor in der Magengegend deutlich fühl-

bar, der die Diagnose auf Carcinom zulässt. Die Patientin wird ungeheilt entlassen. —

Wir sehen aus diesen Krankengeschichten, dass in drei Fällen, wo ein Ulcus diagnosticiert oder als wahrscheinlich hingestellt wurde, ein solches nicht, sondern nur Carcinom gefunden wurde; wenigstens ist etwas auf ein Ulcus Bezügliches in den Protocollen nicht vermerkt. Umgekehrt wurde in einem, dem vierten Falle, wo ein Ulcus carcinomatosum diagnosticirt wurde, nur ein Ulcus ventriculi simplex vorgefunden.

Diesem letzteren Falle füge ich hier im Zusammenhang gleich noch einen, schon oben kurz berührten, an, bei dem während der Beobachtung in der Klinik Carcinom ohne Ulcus angenommen war. Der Patient wurde dann auf seinen Wunsch entlassen und liess sich fast ein Jahr darauf in seiner Heimath operiren. Bei der kurz darauf erfolgten Section wurde kein Krebs, sondern Ulceration mit Stenose und Verdickung des Pylorus gefunden.

Die Krankengeschichte berichtet hierüber:

H. H., Weber, 33 J. alt. Behandelt vom 8. bis 25. Juli 1886.

Anamnese: Im Sommer 1879 verspürte Patient zum ersten Mal schneidende Schmerzen im Unterleib, die nach einer Arznei verschwanden. Im Sommer 1884 litt er an Kopfweh und Magendruck. Im Herbst 1885 bestand Erbrechen schleimiger Massen und saures, schleimiges Aufstossen. In letzter Zeit wurde ihm täglich der Magen ausgepumpt, wovon er indess keine Erleichterung spürte. Appetit ist vorhanden, der Stuhl unregelmässig.

Status: Mittelmässig genährter Mann mit leidendem Gesichtsausdruck, ohne Fettpolster. Kein kachektisches Aussehen. Im Epigastrium um den Nabel herum eine drei Querfinger breite Prominenz. Ausserdem rechts vom Nabel eine deutliche, druckempfindliche Prominenz mit gedämpft-tympanitischem Schalle. Am Pylorustheile des Magens ein wallnussgrosser verschieblicher Knoten. Bei Aufblähung des Magens bleibt die Härte am Pylorus bestehen, während die andere Prominenz verschwindet, also wohl dem Pankreas entspricht. Bei Ausspülung des Magens entleeren sich grosse

Mengen von mit trüber Flüssigkeit gemischten Bröckchen. Der Tumor ist dann deutlich zu umfassen. Die Supraclaviculardrüsen sind beiderseits linsengross geschwollen. Patient expectorirt ein eitrig-schleimiges Sputum. Er erbricht fast täglich reichliche Massen. Im weiteren Verlauf bessert sich sein subjectives Befinden; er nimmt etwas an Gewicht zu. Da er nicht operirt werden soll, wünscht er seine Entlassung.

Im Juni folgenden Jahres liess er sich in seiner Heimath Mühlhausen in Thüringen operiren. Es erfolgte Collaps und Tod unmittelbar nach der Operation. Bei der Autopsie wurde kein Carcinom, sondern Ulceration mit Stenose und Verdickung des Pylorus gefunden. —

Hiermit komme ich auf die wichtige Frage betreffs der Entscheidung, ob ein fühlbarer und dem Magen angehöriger Tumor wirklich ein Carcinom oder nur eine schwielige Verdickung und Hypertrophie der Magenwand infolge eines Ulcus ist. Die Entscheidung wird oft nicht leicht zu treffen sein, zumal wenn man bedenkt, dass man auch stets noch von der Zuverlässigkeit der Angaben der Patienten — wenigstens doch in gewisser Beziehung — abhängig ist. Ja, man kann behaupten, dass die Entscheidung oft zu den Unmöglichkeiten gehört. Wie wichtig hier besonders eine genaue Anamnese betreffs der Dauer der Erkrankung, der charakteristischen Ulcussymptome, wie Blutbrechen, Schmerzen, saures Aufstossen, werden kann, liegt auf der Hand. Dass auch, wie schon hervorgehoben, Carcinombildung neben bestehendem Ulcus vorkommen kann, erschwert die Entscheidung noch weiterhin. Von Wichtigkeit in schwierigen Fällen ist ferner noch die Untersuchung des Mageninhalts auf seinen Säuregehalt, indem bekanntlich bei Magencarcinom die Salzsäure fast immer fehlt, während sie bei Magenulcus in reichlicherer als normaler Menge vorhanden ist, eine Erscheinung, die mit dem Namen der Hyper- oder Superacidität des Magensaftes bezeichnet worden ist.

Auch in dieser Beziehung bietet unser Material mehrere, zum Theil schon vorhin angeführte Fälle, in denen die Diagnose auf Schwierigkeiten stiess. In der Mehrzahl dieser Fälle erklärt sich der Umstand aus dem nur kurzen, oft nur wenige Tage dauernden Aufenthalt der Patienten in der Klinik. Zur sicheren Erkenntniss des Magencarcinoms gehört immer eine längere Beobachtungszeit, zumal, wenn die oben erwähnten mannigfachen Schwierigkeiten den Fall nicht ohne Weiteres in voller Klarkeit erscheinen lassen; da aber eine solche längere Frist vielfach wegen des frühzeitigen Weggehens der Kranken nicht gegeben ist, wird bei dem klinischen Material die Diagnose mehrfach in suspenso gelassen werden müssen.

So auch hier: Abgesehen von den betreffenden schon vorher mitgetheilten Fällen blieb noch bei 21 Patienten, 11 Männern und 10 Frauen, die Diagnose: Carcinoma ventriculi mit einem Fragezeichen versehen; die Kranken waren alle bis auf drei Patientinnen, die in der Klinik starben und zur Section kamen — bei zweien von denselben, deren Krankengeschichten ich gleich mittheilen werde, war gar nicht die Möglichkeit eines Magencarcinoms in Betracht gezogen, — nur während kurzer Zeit in Behandlung.

Da es nicht verlohnen würde, alle 21 Krankengeschichten, die zum Theil wenig des Interessanten bieten, hier wiederzugeben, so beschränke ich mich nur auf einige wenige Fälle (darunter auch die drei zur Sektion gekommenen), die ich hier im Auszuge folgen lasse.

1) F. G., Landmann, 57 J. alt; behandelt vom 11. bis 15. Mai 1891.

Anamnese: Patient will früher, abgesehen davon dass er oft an Durchfällen litt, stets gesund gewesen sein. Im Juni 1889 starke Erkältung, wonach er etwa eine Woche später helle Massen erbrechen musste. Seitdem bestand dieses Erbrechen fort; ausserdem

stellten sich bei ihm starke dyspeptische Beschwerden ein. Stuhl meist angehalten.

Status: Sehr magerer Mann. Leib im untern Theile und in der Regio epigastrica aufgetrieben, beide aufgetriebenen Stellen durch eine Furche getrennt. Resistenzen sind nicht sicher durchzufühlen wegen der erheblichen Spannung. Später ist links neben der Mittellinie eine tiefe, harte Stelle fühlbar, die sehr druckempfindlich ist. Im Bauch ist ausserdem Fluctuation zu fühlen. Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen. In der rechten Achselhöhle eine apfelgrosse, nicht schmerzhafte, seit drei Wochen bestehende Lymphdrüsengeschwulst. Lungen zeigen beginnende Phthisis.

Diagnose: Maligner Tumor im Magen, wohl Carcinom, wegen der Drüsenschwellungen. Oder zweitens Tuberculose, da Lungen auch tuberculös sind. Carcinom und Lungentuberculose können nebeneinander vorkommen. Ferner besteht ein Erguss im Bauch (Fluctuation) durch Entzündung hervorgerufen (Schmerzen), also vielleicht carcinomatöse Peritonitis.

2) C. H., Ziegelbrenner, 45 J. alt; behandelt vom 2. bis 16. Juli 1891.

Anamnese: Der Vater starb an Schwindsucht. Patient ist mässiger Potator. Er erkrankte vor 10 Wochen mit Schüttelfrost und starken Leibschmerzen. Appetit mangelhaft, Stuhl unregelmässig. Seitdem besteht noch Aufstossen, Leibschmerz und grosse Schwäche.

Status: Untermittelmässig genährter, sehr blutarmer Mann. Bauch etwas aufgetrieben, gespannt. Links vom Nabel eine circumscripte, schmerzhafte Stelle mit gedämpft-tympanitischem Schall und vermehrter Resistenz, die in die Leberresistenz übergeht. Von der Leber nichts Bestimmtes zu fühlen, mehrere Stellen daselbst schmerzhaft. Leistendrüsen geschwollen, indolent. Patient hat starke Beschwerden im Unterleib, heftige Leibschmerzen, Durchfälle. Gelegentlich aashaft stinkendes Aufstossen. Fieber. Er wird auf Wunsch entlassen.

Diagnose: Wahrscheinlich Magencarcinom mit secundären Tumoren. Vielleicht auch Tuberculose wegen des Fieberverlaufes.

3) H. M., Handelsmannswittwe, 66 J. alt. Behandelt vom 24. bis 31. Juli 1889. — Exitus letalis.

Anamnese: Seit drei bis vier Wochen hat Patientin nach ihrer Angabe die Wassersucht. Seit ebenso langer Zeit muss sie täglich braunschwarze Massen in wechselnder Menge erbrechen.

Status: Sehr magere, anämische Frau. Bauch geschwollen,

aufgetrieben. Man fühlt links mehrere nicht zu umgrenzende Tumoren, über deren Natur wegen des Ascites nichts Näheres constatirt werden kann. Die Berührung des Bauches ist ausserordentlich empfindlich. Die Beine sind geschwollen, die Zehen cyanotisch und kühl; auch die Arme sind ödematös.

Diagnose: Maligne Tumoren im Bauch. Genauere Angaben schwierig wegen des Ascites. Eventuell tuberculöse Peritonitis, wegen des acuten Verlaufes und einer Phthisis der rechten Lungenspitze.

Der Zustand bleibt im Wesentlichen unverändert, bis Perforationsperitonitis und Tod eintritt.

Sectionsbefund: Ulceröser Pyloruskrebs mit Perforation in die Bauchhöhle. Peritonitis.

4) A. S., Schneidersfrau, 59 J. alt. Behandelt vom 16. bis 26. Januar 1888.

Anamnese: Patientin leidet seit $^1/_4$ Jahr an Magenbeschwerden, die sich vornehmlich in Appetitlosigkeit, Aufstossen und Magendruck äussern. Erbrechen ist bis jetzt nicht eingetreten Patientin will ziemlich abgemagert sein.

Status: Mittelmässig genährte Frau, schlaffe Muskulatur, welke Haut. Man fühlt in der Magengegend links vom Nabel einige wallnussgrosse, zusammenhängende, unempfindliche Tumoren; auch in der Tiefe undeutliche Resistenzvermehrung. Bei Aufblähung des Magens werden die Tumoren deutlicher, indem sie zugleich nach rechts rücken. Sie geben gedämpft-tympanitischen Schall. Die Supraclaviculardrüsen sind zuerst nicht geschwollen, später macht sich eine deutliche Schwellung an denselben bemerkbar.

Die Patientin erholt sich auffallend gut, weshalb zunächst kein Anhaltspunkt für Carcinom gegeben ist. Für Carcinom sprächen nur die Lymphdrüsenschwellungen. Die Abmagerung kann durch die chronische Dyspepsie bedingt sein, ebenso die bestehende Dilatatio ventriculi, oder letztere auch durch Verwachsungen des Magens und Pylorusstenose. Ferner fehlen die Schmerzen und die Kachexie. Der Tumor hängt wohl mit dem Magen zusammen; vielleicht auch geht er vom Pankreas aus.

Patientin wird gebessert entlassen.

5) J. P., Arbeitersfrau, 41 J. alt. Behandelt vom 30. Januar bis 30. März 1888.

Anamnese: Vor dreiviertel Jahren angeblich Lungen- und Unterleibsentzündung, kurz darauf Gelbsucht, die bis jetzt bestehen geblieben ist. Daneben zeitweise Leibschmerzen; ohne Erbrechen.

Stuhl seitdem weisslich. Patientin hat sehr abgenommen und fühlt sich schwach.

Status: Mittelgut genährte Frau, stark ikterisch. Rechts in Nabelhöhe ist stärkere Prominenz der Bauchdecken und eine Resistenz zu bemerken, die sich bis zum Poupartschen Bande verfolgen lässt. Leber deutlich fühlbar. In der rechten Parasternallinie sieht man in Nabelhöhe eine Incisur, an deren linkem Rande eine glatte bis in die linke Mammillarlinie verlaufende Resistenz fühlbar ist. Die Palpation ist nicht schmerzhaft. Bei Aufblähung des Magens dehnt sich der ganze Bauch stark aus, aber nicht so stark wie der Magen. Insufficienz des Pylorus. Tumor daselbst nirgends fühlbar.

Die linken Supraclavicular- und die Inguinaldrüsen sind geschwollen.

Auffallend ist das lange Bestehen des Icterus. Wahrscheinlich ist das Vorhandensein eines malignen Tumors der Leber (Kachexie, Lymphdrüsenschwellung, Schmerzen); auch hinter der Leber (portale Lymphdrüsen) oder in Gallenblase oder Duodenum könnte der Process seinen Sitz haben. Cholelithiasis ist nicht wahrscheinlich, da keine anfallsweisen Schmerzen auftraten.

Patientin wird unverändert entlassen; die dyspeptischen Beschwerden sind durch die Behandlung gemildert.

6) A. L., Bremsersfrau, 25 J. alt; behandelt vom 3. März bis 3. April 1891.

Anamnese: Vor vier Jahren im Wochenbett zuerst Magenkrämpfe; vor drei Jahren im Anschluss an ein Wochenbett Darmentzündung. Patientin hat fünf Kinder geboren, die alle gesund sind. Seit October vorigen Jahres wieder heftige Magenschmerzen; im November vier Wochen lang Gelbsucht, ohne Schmerzen. Der Appetit war dabei gut, der Stuhl grau, der Urin dunkel. Im Januar heftige Leberschmerzen; zugleich wurde sie auf Gallensteine behandelt. In der letzten Zeit Appetit schlecht.

Status: Untermittelmässig genährte Frau mit blasser Haut und Schleimhäuten. Sie giebt an, Schmerzen in der oberen Bauchgegend zu haben. Links oben vom Nabel fühlt man eine kastaniengrosse, sehr schmerzhafte, nicht verschiebliche Resistenz, die aus kleineren Knötchen zusammengesetzt scheint und einen gedämpft-tympanitischen Schall giebt. Die linken Supraclaviculardrüsen sind geschwollen. Die Leber ist sehr druckempfindlich.

Diagnose: Carcinoma ventriculi? Cholelithiasis?

Patientin wird gebessert entlassen; sie wurde nicht lange darauf, vom 5. Juni bis 19. August desselben Jahres wegen Apoplexie in

der Medulla oblongata in der Klinik behandelt und ungeheilt entlassen. Ein Bauchtumor war damals nicht mehr zu fühlen. —

Im Anschluss hieran füge ich kurz zwei Fälle an, die wegen ihres eigentümlichen Verlaufes, der bei der Diagnose auftretenden Schwierigkeiten und des schliesslichen Sectionsbefundes schon Gegenstand zweier ausführlicher Arbeiten gewesen sind, auf die ich bezüglich näherer Information verweise.[1])

7) M. U., Tischlersfrau, 45 J. alt; behandelt vom 2. Januar bis 26. Februar 1889. — Exitus letalis.

Anamnese: Patientin seit 14 Wochen leidend; sie musste häufig erbrechen, wobei sie starke Schmerzen im Leibe hatte, litt besonders Nachts an starker Hitze und kann seit 8 Wochen nicht mehr gehen, da ihr die Beine steif wurden. Appetit schlecht; Blut weder im Erbrochenen noch im Stuhl. Wurde wegen Nervenleiden behandelt.

Status: Schmerzen in den Beinen, die hochgradig abgemagert sind und im Hüft- und Kniegelenk flectirt gehalten werden. Sie sind schwer aus ihrer Lage zu bringen. Berührungen werden gefühlt. Kreuzbein auf Druck schmerzhaft. Bauch gespannt, nicht aufgetrieben. Schmerzhafte geschwollene Inguinaldrüsen.

Die Diagnose bleibt zunächst zweifelhaft; an Hysterie ist nicht zu denken, da bei Hysterischen die Ernährungsverhältnisse nicht leiden. Wohl Myelitis, wahrscheinlich in der cauda equina, wozu indess nicht passt, dass keine Sensibilitätsstörungen und kein anormaler elektrischer Befund vorhanden sind.

Nach zehn Tagen bemerkt man deutlichen Tumor im Bauch, in der epigastrischen Gegend eine Resistenz, an deren unterem Rande ein paar Knoten und besonders einen, der gerade oberhalb des Nabels liegt. Er steigt bei der Respiration nach abwärts und giebt gedämpft-tympanitischen Schall. Diese Resistenz geht direct in die Leberresistenz über.

Diagnose: Mit grösster Wahrscheinlichkeit bösartige Neubildung in der Leber; möglicherweise geht ein Theil des Tumors vom Magen aus.

Sectionsbefund: Ulceröser Pyloruskrebs mit zahlreichen Metastasen in fast allen Organen, besonders im Knochensystem.

---

1) Fall 7 von Schweppe, Fall 8 von Algermissen a. a. O. mitgetheilt.

8) L. S., Schmiedsfrau, 25 J. alt; behandelt vom 7. Juni bis 10. Juni 1890. — Exitus letalis.

Anamnese: Seit drei Jahren magenleidend, viel Erbrechen. Zeitweise freiere Perioden, in denen Patientin sich ganz wohl fühlte. Sie hat sehr abgenommen.

Status: Aeusserst abgemagerte Frau mit Cyanose der Wangen und Lippen. Leib stark vorgewölbt, besonders unterhalb des Nabels. Man sieht durch die Bauchdecken Darmperistaltik. Leib im Ganzen druckempfindlich, besonders stark in der Ileocoecalgegend. Schall überall tympanitisch, besondere Resistenzen nicht mit Sicherheit durchzufühlen.

Diagnose: Peritonitis im Anschluss an Puerperium (nach dem Patientin die alten Beschwerden zuerst wieder bemerkt hat — vor 12 Wochen).

Die Schmerzen werden stärker, die Mattigkeit nimmt zu, dann Collaps und Tod.

Sectionsbefund: Diffuser Krebs des Magens, der flexura hepatica und lienalis coli. Krebsige Drüsen an der kleinen Curvatur. Zahlreiche diphtherische Geschwüre im Darm, von denen eines perforirt ist. Peritonitis. —

In weiteren sieben Fällen blieb der Ausgangspunkt des angenommenen malignen Tumors zweifelhaft; bei zweien derselben wurde durch die Section Magencarcinom gefunden. Im einem Falle dachte man an den Ausgang von der Niere aus, in einem anderen wurde nebenbei auch die Möglichkeit einer Ren mobilis in Erwägung gezogen. Alle diese Fälle kamen, bis auf die zwei erwähnten, nicht zur Section. Ich halte es für angebracht, die betreffenden Krankengeschichten bis auf drei, die weniger klinisches Interesse beanspruchen, hier in Kürze zur Kenntniss zu bringen.

1) F. R., Schreiber, 43 J. alt; behandelt vom 18. bis 29. August 1886.

Die anamnestischen Daten fehlen.

Status: Bauch aufgetrieben, ohne Fluctuation. Man fühlt im ganzen Bauch eine harte, unregelmässige Resistenz, die aus kleineren, rundlichen und länglichen Resistenzen zusammengesetzt ist. Der Schall ist im Epigastrium tief-, sonst überall gedämpft-

tympanitisch. Bei der Rectaluntersuchung fühlt man hoch oben, besonders an der Vorderseite, harte Resistenzen. — Im Bauch bestehen zeitweise heftige spontane Schmerzen; derselbe ist überall etwas druckempfindlich. Der Stuhl ist angehalten, nach Klystieren entleeren sich breiige, bröcklige, flüssige, gelbbraune, nicht bluthaltige Massen. Appetit schlecht. Oefters Erbrechen reichlicher flüssiger, gallig gefärbter Massen unter heftigen Schmerzen. Patient im Uebrigen kräftig, nicht besonders mager.

Diagnose: Carcinoma in abdomine, über dessen Ausgangspunkt nichts Sicheres mehr zu eruieren.

Patient wird auf Wunsch entlassen, als es etwas besser geht.

2) C. W., Maurer, 53 J. alt; behandelt vom 12. Mai bis 1. Juni 1893.

Anamnese: Seit ca. einem Jahre magenleidend. Es bestanden die gewöhnlichen dyspeptischen Symptome in wechselnder Menge und Stärke. Der Patient hat während der Zeit sehr abgenommen.

Status: Im Bauch ein höckeriger, knolliger Tumor fühlbar, 2 Querfinger unterm Nabel sich nach links erstreckend, druckempfindlich, mit gedämpft-tympantischem Schall. Auch in der Mittellinie undeutliche Resistenzen. Der Tumor reicht links über den Magen hinaus und scheint secundär zu sein, d. h. hinterm Magen (Netz- oder Drüsentumor?) zu liegen und steht vielleicht im Zusammenhange mit den Schmerzen, die Patient in der linken Lendengegend empfindet. Nach den dyspeptischen Symptomen wäre es denkbar, dass der primäre Tumor vom Magen ausgeht, wenn dies auch zur Zeit nicht erkennbar ist.

Während der Beobachtung wächst der Tumor, das Allgemeinbefinden verschlechtert sich. Der Kranke wird auf seinen Wunsch entlassen.

3) E. H., Arbeitersfrau, 68 J. alt; behandelt vom 10. bis 27. October 1883. — Exitus letalis.

Anamnese: In den letzten Jahren zeitweilig Magenschmerzen mit heftigem Frost und etwas Erbrechen. Im vorigen Winter musste Patientin deshalb 8 Wochen zu Bett liegen. Seit zwei Monaten bemerkte sie ein Stärkerwerden des Leibes und Anschwellen der Füsse. Der Appetit blieb gut.

Status: Magere Frau mit blass-gelblicher Farbe. Bauch aufgetrieben, sehr ausgedehnt, in den unteren Partieen gedämpft. Man fühlt im rechten unteren Bauchquadranten in der Tiefe eine undeutliche Resistenz, ebenso in der Medianlinie oberhalb des Nabels; ferner eine kleinere links unten vom Nabel.

Diagnose: Erguss aufzufassen als entzündlicher Process, da die Kranke an starken Schmerzen im ganzen Bauch leidet. Die Resistenzen nicht leicht zu deuten, am wahrscheinlichsten wohl Carcinome resp. Ulcera carcinomatosa (schwarzer bluthaltiger Stuhl) des Darmes und des Peritoneum. Ihr Sitz schwer zu bestimmen. Gegen Tuberculose spricht der fieberlose Verlauf.

Sectionsbefund: Magen diffus krebsig entartet. Carcinome in Peritoneum, Netz und Leber.

4) J. B., Schneiderswittwe, 69 J. alt; behandelt vom 2. Juni 1890 bis 7. Februar 1891. — Exitus letalis.

Anamnese: Vor zwei Jahren plötzlich heftige Schmerzen in Magengegend und Rücken. Seitdem Abnahme des Appetits, zeitweise Erbrechen, das mitunter bluthaltig war. Auch nach einer fünfwöchentlichen Behandlung besserte sich ihr Leiden nicht.

Status: Magere alte Frau. Bauch gespannt, links vom Nabel in der Tiefe eine schmerzhafte Resistenz, später dort ein sehr deutlicher Tumor zu fühlen. Derselbe ist handtellergross, kleinhöckerig, derb. Es besteht Dilatatio ventriculi. Schmerzen sind zunächst in wechselnder Stärke vorhanden, später bleiben sie anhaltend heftig. Der Appetit ist gering. Die linken Inguinal- und linken Supraclaviculardrüsen sind geschwollen. Patientin macht zugleich den Eindruck einer Hysterischen. Im Lauf der Krankheit wächst der Tumor.

Diagnose: Maligner Tumor in abdomine, ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem Magen. Vielleicht Sitz im Darm; er ist sehr mobil, wie dieser.

Sectionsbefund: Ulceröser Krebs der pars pylorica ventriculi. Phthisis pulmonum. Thrombose der linken Vena femoralis. —

Zum Schlusse noch einen Blick auf die Prognose und die Therapie. Die medicinische Wissenschaft kennt leider trotz der zahlreichen neuen Errungenschaften, deren sie sich gerade aus den letzten Jahrzehnten rühmen kann, kein Mittel, das dem Fortschreiten der Krebskrankheit Einhalt thun könnte. Die vor Jahren als Specificum gegen Carcinom (wie auch Syphilis und chronische Hautkrankheiten) gepriesene Condurangorinde hat sich als solches nicht bewährt, wenn auch ihr Nutzen als gutes Stoma-

chicum zweifellos erscheint, indem sie durch Linderung der Schmerzen, Verminderung des Brechreizes und Hebung des Appetits häufig wesentliche Besserung hervorruft. Heilungen des Magencarcinoms kommen nicht vor, der tödtliche Ausgang ist unvermeidlich. Er erfolgt meist unter den Erscheinungen der hochgradigen Ernährungsstörung und allgemeinen Inanition. Die Kräfte nehmen rapide ab, die Kranken verfallen mehr und mehr, endlich tritt der Tod ein, manchmal nach vorheriger längerer Somnolenz und Bewusstlosigkeit, manchmal bleibt das Bewusstsein noch lange erhalten, und erst kurz vor dem Tode treten Delirien, Krämpfe, Dyspnoe ein. Ausser durch die allgemeine Schwäche kann der Tod auch durch Complicationen, besonders Metastasenbildung und Perforationsperitonitis, erfolgen, wie es bei unseren Patienten auch mehrere Male der Fall war.

Ich habe oben schon bemerkt, dass hier 44 Kranke während der klinischen Behandlung starben, und dass hierbei in drei Fällen der Tod nach einer Operation eintrat. Dies führt uns zu einer kurzen Besprechung der Behandlung des Leidens, zunächst der chirurgischen, d. h. der Operation.

Wenn ich vorhin sagte, dass Heilungen des Magencarcinoms nicht vorkämen, so bedarf doch dieser Satz in gewisser Hinsicht einer Einschränkung, insofern als in manchen Fällen, die wirklich frühzeitig genug, also ohne schon zu weit vorgeschritten zu sein, in Behandlung kommen, eine operative Entfernung des Carcinoms von Erfolg begleitet sein kann. So ist in der That diese Exstirpation des Magenkrebses mehrfach ausgeführt und hat günstige Ergebnisse gehabt. Dass allerdings mancherlei Umstände, wie ein leidlicher Kräftezustand des Patienten, ein Umschriebensein des Tumors, ein Fehlen von Verwach-

sungen mit den benachbarten Organen und von Metastasen, zusammentreffen müssen, um ein gutes Resultat in Aussicht stellen zu können, liegt auf der Hand. Da derartige Fragen sich oft erst nach Freilegung der Geschwulst entscheiden lassen, so kann man gegebenen Falls dem Patienten eine Probeincision in Vorschlag bringen, um sich über wichtige Einzelheiten zu unterrichten. Ist die völlige Entfernung, was meist der Fall sein wird, nicht mehr möglich, — sei es wegen zu grosser Ausbreitung des Krebses oder zu ausgedehnter Verwachsung mit den Nachbarorganen, sei es wegen Metastasen, — so kommt bei der gewöhnlich vorhandenen Pylorusstenose noch die Gastroenterostomie in Betracht. Durch diese Operation legt man mit Ausschaltung des Krebses eine neue Passage vom Magen zum Darm an und kann dadurch dem Patienten das Leben noch Monate lang erhalten. Sie ist nur bei Pyloruscarcinomen möglich; die Cardiacarcinome können durch Operation nicht entfernt werden. Hier kann man versuchen, durch die Gastrotomie das Leben der Patienten — wenn auch nur um kurze Zeit zu verlängern.

Die Gastroenterostomie allein ist es, wenigstens was die Männer anbetrifft die in dem vorliegenden Material in Betracht kommt: eine andere Operation war in keinem Falle mehr möglich. Einmal wurde die Pylorusresection bei einer Frau gemacht.

Der Vorschlag einer Operation wurde im Ganzen vierzehn Kranken gemacht, von denen indess fünf, ein Mann und vier Frauen, ablehnten. Es bleiben also noch neun Kranke, und zwar sieben Männer und zwei Frauen, übrig, die in die chirurgische Klinik verlegt wurden. Von diesen wurde bei 5 die Gastroenterostomie, bei 1 die resectio pylori gemacht. Diese Fälle sind in Kürze folgende:

1) **C. K., Ackermann, 46 J. alt,** wurde in der medicinischen Klinik vom 10. bis 21. Februar 1888 behandelt, dann auf die chirurgische Klinik verlegt. Dort wurde am 24. Februar die Gastroenterostomie gemacht. Nachdem der Kranke sich zunächst ganz wohl befunden und über nichts als etwas Schmerzen in der Magengegend beim Husten geklagt hatte, auch objectiv nichts Abnormes bei ihm hatte constatiert werden können, erfolgte am 26. nachmittags eine ziemlich plötzliche Veränderung des Bildes, kleiner Puls, frequente, angestrengte Athmung, fahles collabiertes Aussehen, mit Temperaturerhöhung. Abends trat der Exitus ein. Die Section ergab weder Perforation noch Peritonitis; die Magennähte waren gut erhalten; im Magen fand sich eine Unmenge von Hagebuttkörnern. Die benachbarten Lymphdrüsen zeigten Krebsmetastasen.

2) **F. H., Arbeiter, 47 J. alt**, wurde in der medic. Klinik vom 30. Januar bis 15. Februar 1889 behandelt; in der chirurgischen Klinik wurde die Gastroenterostomie gemacht, die Patient gut überstand. Bei seiner Entlassung am 21. März klagte er nur noch über geringen Druck in der Magengegend. Wie lange er noch gelebt hat, ist leider nicht in Kenntniss gebracht worden; nur findet sich von ihm die Mittheilung, dass es ihm im Juni desselben Jahres noch leidlich wohl gegangen ist.

3) Ueber den **58 J. alten Arbeiter A. J.**, habe ich oben schon in den 18 im Zusammenhang mitgetheilten Fällen unter Nr. 9 die betreffenden Angaben gemacht.

4) **W. B., Stationsassistent, 38 J. alt,** in der medic. Klinik vom 9. bis 15. Juli 1892 behandelt, liess sich am 18. Juli in der chirurg. Klinik operieren und wurde dort nach reactionslosem Verlauf der Nachbehandlung am 18. August entlassen. Ueber sein weiteres Schicksal ist Nichts bemerkt.

5) **C. T., Oekonom, 47 J. alt**, vom 9. bis 20. Januar 1893 in der medicinischen Klinik behandelt, unterzog sich am 23. Januar in der chirurg. Klinik einer Operation. Nach zuerst gutem Verlauf erfolgte in der Nacht vom 1. zum 2. Februar Collaps und am 2. morgens der Exitus. Die Section ergab keine Peritonitis, die Nähte waren fest, die Anastomose — es war die Gastroenterostomie gemacht — war für zwei Finger durchgängig. Im Magen fand sich ein Ulcus, das die Leber arrodirt und erweicht hatte. Dasselbe war carcinomatöser Natur.

6) **W. T., Waldarbeitersfrau, 57 J. alt**, in der chirurgischen Klinik am 28. Februar 1888 operiert, nachdem sie vom 13. bis 24. Februar in der medic. Klinik behandelt worden war. In diesem Falle wurde, da das Carcinom an circumscripter Stelle sass, die

Pylorusresection vorgenommen, welche Operation aber die Patientin nur um einen Tag überlebte, indem am 29. Februar der Exitus erfolgte. Peritonitis wurde auch in diesem Falle durch die Section nicht gefunden. Wahrscheinlich ist einer zugleich bestehenden Pneumonie beider Unterlappen im Verein mit der bestehenden Schwäche der schnelle Tod zuzuschreiben. —

Was nun die noch übrigen drei Fälle betrifft, die auf die chirurgische Klinik gelegt worden waren, so ist hier Folgendes zu bemerken:

Der erste betrifft den 39 J. alten Brennereibesitzer H. H., dessen Krankengeschichte ich schon oben unter Nr. 15 mitgetheilt habe. Wie daselbst bemerkt, trat bei ihm, noch ehe man zu einer Operation hatte schreiten können, der Tod infolge einer Perforationsperitonitis ein.

Zweitens musste bei der 39jährigen Ziegelarbeitersfrau C. H., wegen allzu grosser Schwäche und Hinfälligkeit der Patientin von einer Operation Abstand genommen werden. Sie wurde dann von den Angehörigen abgeholt und auch über ihr Lebensende ist nichts zu erfahren gewesen.

Drittens wurde der 55 J. alte Ziegelarbeiter W. R. nach einer achttägigen Behandlung in der medicinischen Klinik — vom 20. bis 27. März 1894 — zur Operation auf die chirurgische Klinik gebracht. Dort wurde die Laparotomie gemacht, wobei aber das Carcinom schon so weit vorgeschritten gefunden wurde, dass von einem weiteren Eingriff Abstand genommen werden musste. Der Magen war mit der Bauchwand und den Nachbarorganen verwachsen, in Netz und Mesenterium fanden sich zahlreiche haselnussgrosse Lymphdrüsenschwellungen, deren Entfernung ebenfalls nicht mehr möglich war. Der Patient wird daher am 8. Mai entlassen.

Aber schon am 27. Juli liess er sich wiederum in die chirurgische Klinik aufnehmen. Er hat seit der Operation nicht gebrochen. Vor einigen Tagen hat sich im oberen Theil der Operationsnarbe eine Schwellung gebildet, die alsbald aufbrach. Es entstand eine Fistel, aus der alle genossenen Speisen wieder entleert wurden. Eine Sonde dringt in den Magen ein. Der Patient soll nun eine Verschlusspelotte bekommen, er stirbt jedoch am 8. August unter zunehmender Inanition. Bei der Section findet man den Darm leer, den Magen erweitert, in ihm ein ringförmiges Pyloruscarcinom, dass den Ausgang total verschliesst. Unmittelbar am Rande nach dem Magen zu mündet die Fistel. Der Magen ist mit

der Bauchwand an dieser Stelle verwachsen. Ausserdem sind Leber- und Lymphdrüsenmetastasen vorhanden.

Schliesslich hätte ich noch des einen, schon oben erwähnten Patienten, des 33 J. alten Webers H. H., zu gedenken, der sich später in seiner Heimath operiren liess, die Operation aber nicht überstand, indem unmittelbar darnach Collaps und Tod erfolgte. —

Was die innere Therapie — bei den inoperablen Fällen — anbelangt, so ist sie in ihrer Trostlosigkeit eine der undankbarsten und zugleich mühevollsten Aufgaben für den Arzt. Die Gesichtspunkte, nach denen sie sich zu richten hat, sind bekannt und bedürfen hier keiner Wiederholung. Eine genaue Regelung der Diät, Magenausspülungen und Verabreichung von Medicamenten, wie von Salzsäure, Stomachicis, Narcoticis u. s. w. je nach Umständen, vermögen den Kranken ihr Leiden erträglicher zu machen. —

Als Anhang füge ich eine Uebersicht über die zur Section gekommenen Fälle an, soweit deren Krankengeschichten nicht schon an früheren Stellen zur Mitteilung gelangt sind. — Da bei vier Fällen (drei Männern, einer Frau) die Krankenjournale gänzlich fehlen, so bleiben noch weitere neunzehn Fälle übrig, die ich hier in schematischem Ueberblick folgen lasse.

1) W. R., Bäckermeister, 58 J. Aufgenommen am 15. Nov. 1882.

Anamnese: Pat. früher stets gesund; war ziemlich starker Potator. — Während des letzten Sommers Unwohlsein und eigenthümliches Brennen im Magen. Seit 5 Wochen Schmerzen im Rücken und linker Bauchseite, besonders nach Essen und Trinken. Seit 4 Wochen unregelmässiger Stuhl, ohne Blutgehalt; kein Erbrechen, Appetit fehlt gänzlich.

Befund: Anämischer, abgemagerter Mann, kachektisch ausschend. Im Bauch ein bei der Atmung nicht verschieblicher

Tumor fühlbar. Magen percutorisch nicht zu begrenzen, scheint nur geringe Capacität zu haben. Oedeme im Bereich der Lendenwirbelsäule vorhanden und etwas an den Malleolen; sie werden später hochgradiger. Drüsenschwellungen erst später.

Verlauf, Dauer. Im Epigastrium meist starke Schmerzen. Appetit fehlt, Stuhl angehalten. Im Bauch ist später ein Erguss nachzuweisen.

Exitus am 12. Dec. 1882.

Sectionsbefund: Diffuse carcinomatöse Entartung des Magens mit partieller Necrose und Perforation. Carcinomatöse Peritonitis, carc. Degeneration zahlreicher Lymphdrüsen. Carcinomzellen im Duct. thorac. und den Lymphgefässen des Diahphragma. Kleine Geschwulstknötchen in der Leber.

2) W. F., Dienstknecht, 33 J. Aufgenommen am 22. Nov. 1883.

Anamnese: Seit Monaten Appetitlosigkeit; seit 5 Wochen wegen grosser Schwäche Arbeitsunfähigkeit, sonst wenig Beschwerden. Bauchschmerzen, besonders rechterseits. Einige Male Erbrechen; Stuhl zuweilen schwärzlich gefärbt.

Befund: Hochgradig anämischer, abgemagerter Mann. Conjunktiven etwas ikterisch. Linke Supraclaviculardrüsen geschwollen. In der Oberbauchgegend Resistenz zu fühlen, die bis in die Lebergegend ragt. Leber druckempfindlich.

Verlauf, Dauer. Oft Erbrechen bräunlicher bluthaltiger Massen. Klagt viel über Schmerzen in der Oberbauchgegend und Völle. Appetit fehlt.

Exitus am 8. Dec. 1883.

Sectionsbefund: Ulceröses Pyloruscarcinom. Knotige Leber carcinome. Multiple Lungencarcinome (embolisch?). Krebszellenhaufen frei im Duct thorac.; zahlreiche Lymphdrüsencarcinome. Carc. Peritonitis der Excav. recto-vesicalis. Ascites.

3) C. A., Bäckermeister, 49 J. Aufgenommen am 11. Dec. 1883.

Anamnese: Seit Sommer krank, giebt kalten Trunk und Baden als Ursache an. 1868 und 1872 rechts Pneumonie. — Muss oft und reichlich braune Massen erbrechen. Appetit fehlt, Stuhl angehalten.

Befund: Abgemagerter, kachektischer Mann. Bauch aufgetrieben, gespannt. Unter dem Proc. xiphoideus schmerzhafte Resistenz, die nicht genau zu umgrenzen ist. An Stelle der Leberdämpfung Metallklang. Meteorismus.

Verlauf, Dauer. Schmerzen in der Oberbauchgegend. Täglich Erbrechen saurer, dünnflüssiger, hellbrauner Massen, bis zu 1 Liter. Später werden sie fast rein bluthaltig. Viel Aufstossen, Uebelkeit. Später Pulsbeschleunigung, Perforation. 4 Stunden vorm Tode Collaps und Coma bis zum

Exitus am 21. Dec. 1883.

Sectionsbefund: Ulceröses Pyloruscarcinom mit Perforation. Perfor.-Peritonitis. Chronische Milzschwellung. Lungenemphysem und Lungenoedem.

4) F. E., Pächter, 54 J. Aufgenommen am 14. Mai 1884.

Anamnese: Pat. litt mit 30 J. an Gelbsucht mit Schmerzen in der Magengegend, Vollheit, zeitweisem Erbrechen brauner Massen. Seit October Zunahme der Schmerzen, Appetitlosigkeit und Abmagerung. Stuhl regelmässig. Kein Erbrechen.

Befund: Sehr anämischer Mann mit blassen Schleimhäuten. Leisten- und Halsdrüsen etwas geschwollen. Unterm linken Rippenbogen Resistenz mit gedämpft-tymp. Schall; auch unterm rechten Rippenbogen Resistenz. Unterschenkel und Füsse ödematös. Anämisches Fettherz. Poikilocytose.

Verlauf, Dauer. Zunehmende Schwäche. Stärkere Druckempfindlichkeit fehlt. In der Nacht vorm Tode Orthopnoe, um fünf Uhr morgens

Exitus am 14. Juni 1884.

Sectionsbefund: Am Pylorus und der kleinen Curvatur ein grösstenteils nekrotisches Carcinom. Carcinom der Leber und der mesenterialen Lymphdrüsen.

5) E. M., Dienstknechtsfrau, 32 J. Aufgenommen am 16. Juni 1884.

Anamnese: Pat. bemerkte seit Weihnachten Geschwulst zwischen Herzgrube und Nabel. Im April kaffeesatzähnliches Erbrechen; Stuhl oft schwarz. An Gewicht sehr abgenommen.

Befund: Acusserst blasse, stark abgemagerte Frau mit blassen Schleimhäuten. Ikterische Färbung bemerklich. In der Nabelgegend schmerzhafte unregelmässige Resistenz, in der rechten Mamillarlinie bis zum Rippenbogen, links bis zur Parasternallinie reichend.

Verlauf, Dauer: Erbricht kaffeesatzähnliche Massen. Am 27. Juni Leib meteoristisch aufgetrieben, äusserst empfindlich, Tumor deutlich im Epigastrium zu fühlen. Collaps.

Exitus am 28. Juni 1884.

Sectionsbefund: Carcinoma pylori ulcerosum. Metastasen in der Leber; Compression des Duct. choledochus durch dieselben. Peritonitis carcinomatosa.

6) J. W., Porzellanmaler, 47 J. Aufgenommen am 23. Juli 1884.

Anamnese: Seit März d. J. Erbrechen, Aufstossen, Schmerzen um den Nabel, Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit. Körpergewicht um 30 Pfund abgenommen. Seit 8 Tagen Bettruhe. — Pat. leidet seit 3 Jahren an Kopfweh und Schwindel.

Befund: Sehr blasser, anämischer Mann. Leistendrüsen geschwollen, indolent. Bauch eingefallen. In der rechten Unterbauchgegend höckerige Resistenz, die sich bis über den linken Rippenbogen verfolgen lässt und sich beim Atmen verschiebt. Dilatatio ventriculi.

Verlauf, Dauer. Pat. leidet fortwährend an starken Schmerzen und muss grosse Massen erbrechen. Vorm Tode tritt Bewusstlosigkeit ein, Tod erfolgt allmählich.

Exitus am 26. Juli 1884.

Sectionsbefund: Pyloruscarcinom. Derbe verdickte Magenwand. Carcinom der Leber und zahlreicher Lymphdrüsen.

7) J. M., Arbeiter, 28 J. Aufgenommen am 27. Juni 1885.

Anamnese: Schon längere Zeit bestehen Durchfälle, mit Schmerzen. Seit 3 Tagen stärkere Schmerzen, Leib geschwollen, Kopfweh, Mattigkeit, Fieber, Zittern in den Beinen, die auch schon längere Zeit geschwollen sind.

Befund: Leidender Gesichtsausdruck, blasse Schleimhäute, Foetor ex ore. Mittelmässige Ernährung. Bauch aufgetrieben, derb elastisch, Fluctuation. Kein deutlicher Tumor fühlbar, sodass zunächst diffuse Peritonitis mit Exsudation diagnosticiert wird. Später überall tympanitischer Schall.

Verlauf, Dauer: Appetit anfangs gut, fehlt später gänzlich. Heftige Leibschmerzen, besonders in Ileocoecal- und Magengegend. Erbricht viel gelblich-flockige Massen. Dann Zunahme der Schmerzen, Singultus, Entleerung schwarzen Blutes per anum, starker Collaps, Patient bricht alles. Tod unter zunehmendem Collaps.

Exitus am 4. Juli 1885.

Sectionsbefund: Pyloruscarcinom. Beginnende Peritonitis. Beginnende Schluckpneumonie. Pfortaderthrombose durch verkäste Mesenterialdrüsen. Adhäsive Pleuritis sinistra.

8) C. R., Weber, 50 J. Aufgenommen am 15. Februar 1886.

Anamnese: Vater starb am Magenkrebs. Pat. war stets schwächlich. Seit vorigem Sommer Verdauungsstörungen, Schmerzen, genoss nur Flüssiges. Erbrechen häufig, stets schleimig-weisslich, nie schwärzlich. Auch Stuhl nie schwarz. Die Schmerzen besonders in der rechten Bauchseite. Liegt seit Weihnachten zu Bett, hat sehr abgenommen; Appetitlosigkeit, Aufstossen. Glaubt auch leberleidend zu sein.

Befund: Magerer Mann mit leidendem Gesichtsausdruck; ausgedehnte Pityriasis. Nabel nach unten gezogen; in der Regio epigastrica harte Resistenz, auf ihr Reihe von Knoten zu fühlen, ein grosser Knoten im linken Epigastr. Resistenz auch über den ganzen übrigen Bauch verbreitet, am meisten rechts vom Nabel, dort auch kleine Knötchen. Leberdämpfung nach unten nicht abzugrenzen; im untern Theil des Bauches Dämpfung. Leistendrüsen geschwollen. Diagnose: Carc. ventriculi, Carc. hepatis, Peritonitis carcinomatosa.

Verlauf, Dauer: Der ganze Bauch druckempfindlich, Appetit gering. Befinden zunächst relativ gut, kein Erbrechen. Allmähliche Verschlechterung des Zustandes, Zunahme der Kachexie. Kurz vor dem Tode geringfügiges Erbrechen.

Exitus am 7. März 1886.

Sektionsbefund: Carcinoma ventriculi. Carcinose des Peritoneum. Serofibrinöse Pleuritis links.

9) H. L., Schuhmacher, 43 J. Aufgenommen am 15. Juni 1886.

Anamnese: Seit 3 J. Magenbeschwerden mit dyspept. Symptomen, die allmählich schlimmer wurden. Vor 3 Monaten schwarzer Stuhl, kaffeesatzähnliches Erbrechen, intensive Schmerzen. Sehr abgemagert.

Befund: Sehr blasser, sehr magerer Mann. Linke Supraclaviculardrüsen stark geschwollen, indolent. Im Epigastrium grosse, wenig druckempfindliche Resistenz von unregelmässiger Oberfläche, aus 2 grösseren Knoten bestehend, die beide in der Leber zu sitzen scheinen, da man unter ihnen den scharfen Leberrand fühlt. Ueber dem Magen Hervorwölbung mit gedämpft-tympanit. Schalle.

Verlauf, Dauer: Patient hat viel unter Schmerzen, Aufstossen, Erbrechen, Singultus zu leiden. Stuhl ist fest mit reichlich Schleim.

Exitus am 2. Juli 1886.

Sectionsbefund: Carcinom des Pylorus und der kleinen Curvatur. Carcinom der Leber und vieler Lymphdrüsen. Der Magenkrebs zum grössten Theil ulcerös.

10) F. K., Ackermann, 60 J. Aufgenommen am 22. October 1886.

Anamnese: Mit 20 J. Pneumonie. — Seit Weihnachten stets Uebelkeit nach dem Essen mit folgendem Erbrechen, wozu sich noch in der letzten Zeit enorme Schmerzen gesellten.

Befund: Bauch aufgetrieben, zuerst kein Exsudat, wohl aber später. Im Epigastrium glatte, nicht druckempfindliche Resistenz. Ueber derselben ist Reiben zu fühlen. Rechts oberhalb des Nabels strangartige Resistenz. Bei der Punction entleert sich hämorrhagische Flüssigkeit, die rote Blutkörperchen und krebszellenähnliche Zellen enthält. — An den Unterschenkeln Oedeme und Cyanose.

Verlauf, Dauer: Die Schmerzen sind besonders in der Oberbauchgegend vorhanden und bestehen in wechselnder Stärke fort.

Exitus am 22. Nov. 1886.

Sectionsbefund: Ulceröser. Gallertkrebs des Pylorus. Carcinose des Peritoneum. Peritonitis sero-fibrinosa.

11) C. R., Kupferschmied, 60 J. Aufgenommen am 13. April 1888.

Anamnese: Pat. hustet seit der Kindheit; 2 Brüder starben an Schwindsucht. — Seit 5 Wochen Appetitlosigkeit, Aufstossen, Sodbrennen, Magenschmerzen. Sehr abgemagert. Musste häufig bald mehr, bald weniger reichlich erbrechen.

Befund: Leib stark aufgetrieben, besonders in der Magengegend, etwas druckempfindlich. Nach Magenaufblähung dort apfelgrosser, harter, höckeriger Tumor zu fühlen. Pat. geht, da er sich besser fühlt am 23. 4., kommt aber, da die Beschwerden wieder stärker wurden, am 14. Mai wieder. Der Tumor ist jetzt wegen starker Bauchauftreibung nicht mehr so gut zu fühlen. Oedeme an Unterschenkeln und Füssen.

Verlauf, Dauer: Die dyspeptischen Symptome werden durch geeignete Maasnahmen gemildert. Kurz vor dem Tode collabiert Patient sehr rasch.

Exitus am 19. Mai 1888.

Sectionsbefund: Carcinoma ventriculi, zahlreicher Lymphdrüsen. Carcinomatöse Peritonitis. Pleuritis haemorrhagica. Lungenemphysem.

12) C. F., Mühlenbesitzer, 40 J. Aufgenommen am 12. Dec. 1889.

Anamnese: Seit einem Jahr zeitweise Magenschmerzen und bräunliches Erbrechen, auch dunkler Stuhl. Allmähliche Zunahme der Beschwerden. Hat sehr abgenommen an Gewicht.

Befund: Blasser, magerer, eingefallener, apathischer Mann. Die linken Supraclaviculardrüsen geschwollen. Bauch weich, nicht aufgetrieben. Rechts oben vom Nabel eine einige cm breite, oberflächliche, schmerzhafte Resistenz mit gedämpft-tymp. Schall. Dilatatio ventriculi. Pneumonia fibrinosa duplex.

Verlauf, Dauer: Stuhl angehalten, kein Appetit. Schmerzen. Andauernd hohes Fieber; sehr schwacher Puls.

Exitus am 10. Januar 1890.

Sectionsbefund: Gallertkrebs des Pylorus, Carcinome der Lymphdrüsen, des Peritoneum, des Mesenterium. Beiderseits Pneumonie.

13) E. N., Tischlerwittwe, 80 J. Aufgenommen am 10. Mai 1890.

Anamnese: Hatte als junge Frau ein Mal Gelbsucht. Seit 4 Wochen Appetit und Schlaf schlecht, Stuhl angehalten; braunes, kaffeesatzähnliches Erbrechen.

Befund: Magere, decrepide Frau. Ausgedehnte Pityriasis. Marasmus senilis. Im Epigastrium flache, schmerzhafte Resistenz fühlbar; in der Magengegend sehr deutlicher Tumor.

Verlauf, Dauer: Erbricht reichliche bräunliche Massen. Schmerzen bestehen nicht, nur allgemeine Körperschwäche. Zunehmender Kräfteverfall.

Exitus am 27. Juni 1890.

Sectionsbefund: Carcinoma pylori. Seniles Lungenemphysem.

14) W. L., Arbeiterin, 68 J. Aufgenommen am 23. Sept. 1891.

Anamnese: Giebt an, ihr Magen sei seit 20 Jahren nicht in Ordnung, litt viel an Aufstossen und Uebelkeit nach schwereren Speisen. Seit Weihnachten sehr häufig Magenschmerzen, die bald immer heftiger werden. Ausserdem seit 14 Tagen heftiger Husten und Auswurf. Erbrechen.

Befund: Aeusserst magere, decrepide Frau. Bauchdecken stark gespannt, Epigastrium geringgradig druckempfindlich; links vom Nabel undeutliche Resistenz; wegen der Spannung kein deut-

licher Tumor fühlbar. Diagnose wird auf chronische Gastritis eventuell Magencarcinom, gestellt. Ausserdem Phthisis pulmonum, rechts mehr als links.

Verlauf, Dauer: Hat öfter schleimiges Erbrechen. Stuhl hart, angehalten. Schmerzen in der Magengegend. Husten und Auswurf. Vorm Tode sehr hochgradiger Collaps.

Exitus am 1. October 1891.

Sectionsbefund: Stenosierendes Carcinoma cardiae. Metastasen auf der Darmserosa und in den benachbarten Lymphdrüsen. Tuberculosis pulmonum.

15) E. D. Arbeiter, 69 J. Aufgenommen am 4. Nov. 1891.

Anamnese: Will sich am 22.8 „verhoben" haben, ist seit dem 28.8 arbeitsunfähig wegen starker Beschwerden: Durchfälle, starke und schmerzhafte Leibauftreibung, Aufstossen, Appetitlosigkeit. Beschwerden seit 4 Wochen sehr stark. Hat sehr abgenommen.

Befund: Sehr magerer, blasser Mann. Bauch stark gespannt, Palpation daher unmöglich. In den unteren Partieen Dämpfung, die bei Lagewechsel schwindet; sonst tympan. Schall. Percussion schmerzhaft.

Verlauf, Dauer: Ausser von dyspeptischen Beschwerden wird Pat. von heftigen Leibschmerzen geplagt.

Exitus am 8. Nov. 1891.

Sectionsbefund: Carcinoma cardiae. Stercoralgeschwüre mit Perforation. Peritonitis. Carcinom der Leber, der mesenterialen Lymphdrüsen und des Peritoneum des kleinen Beckens.

16) A. H., Arbeiter, 44 J. Aufgenommen am 28. Nov. 1891.

Anamnese: Mutter des Pat. am Magenkrebs gestorben. — Seit Sommer Erbrechen, Aufstossen, Wasserkolk, Magenschmerzen. Später Blut im Erbrochenen und im Stuhl.

Befund: Schwer anämischer Mann mit wachsbleicher Hautfarbe. Blutet bei Druck auf Zahnfleisch (hämorrhag. Diathese). Bauch gespannt; überm Nabel ein sehr schmerzhafter, mehrere cm langer harter Strang zu fühlen. Es ist unbestimmt, ob der Magen am Tumor betheiligt ist.

Verlauf, Dauer: Im Ganzen bestehen geringe dyspeptische Erscheinungen; das Erbrochene ist zeitweise schwärzlich. Pat. zuletzt sehr collabiert.

Exitus am 13. Dec. 1891.

Sectionsbefund: Scirrhus ventriculi. Entartung der umliegenden Lymphdrüsen. Krebs der Lymphgefässe beider Lungen.

17) C. F., Landwirth, 56 J. Aufgenommen am 21. Sept. 1892.

Anamnese: Pat. ist Potator. Bruder starb mit 30 J. am Magenkrebs. — Seit Mai dyspeptische Beschwerden, Appetitmangel. Das Erbrochene manchmal kaffeesatzähnlich.

Befund: Blasser Mann mit blassen Schleimhäuten und schlaffer Muskulatur. Inguinaldrüsen geschwollen. Im Epigastrium eine handtellergrosse, feste, kleinhöckerige Resistenz, die gedämpft-tympanitischen Schall giebt. Dilatatio ventriculi.

Verlauf, Dauer: Während der Behandlung kein Erbrechen; viel saures Aufstossen. Appetit schlecht. Am Tage vorm Tode subjectives Wohlbefinden. Kurz vorm Tode Krämpfe.

Exitus am 6. Oct. 1892.

Sectionsbefund: Carcinoma ventriculi. Carcinom der retroperitonealen Lymphdrüsen, Verschmelzung derselben mit der grossen Curvatur des Magens, dem Quercolon, Duodenum und Pankreas.

18) C. N., Anstreicher, 26 J. Aufgenommen am 9. April 1894.

Anamnese: Früher ein Mal Pneumonie durchgemacht. — Seit vorigem November täglich Erbrechen, Magendruck. Allmähliche Abnahme des Körpergewichts.

Befund: Aeusserst magerer, kachektischer Mann. Man fühlt in den Hypochondrien zu beiden Seiten halbkugelige Vorwölbungen. In der rechten oberen Bauchhälfte ein gänseeigrosser, harter, höckeriger Tumor.

Verlauf, Dauer: Pat. erbricht täglich reichliche braunschwarze Massen; auch Stuhl schwarz. Appetit sehr gering. Viel Aufstossen. Grosse Schwäche.

Exitus am 17. April 1894.

Sectionsbefund: Carcinoma pylori. Magen mit Colon transversum verwachsen. Metastasen in den Lymphknoten der kleinen Curvatur.

19) F. M., Forstaufseher, 49 J. Aufgenommen zuerst am 27. März 1894; entlassen am 7. April. — Wieder aufgenommen am 3. October 1894.

Anamnese: Pat. früher stets gesund. Im October 1893 zuerst Beschwerden, dass Speisen im Halse stecken blieben. Seit

Weihnachten Beschwerden verschlimmert. Appetit ist gut. Ausserdem grosse Mattigkeit; starke Abmagerung. — Bald nach Entlassung (nach Sondenbehandl.) erneutes Auftreten der Schluckbeschwerden, grosse Schwäche. Dyspeptische Beschwerden. Leib stark aufgetrieben und schmerzhaft.

Befund: a) Erster Aufenthalt in der Klinik: Ziemlich kräftiger, magerer, blasser Mann. Inguinaldrüsen geschwollen. Bauch etwas aufgetrieben. Rechts unten vom Nabel handtellergrosse, druckempfindliche Resistenzvermehrung. Magen percutorisch nicht abgrenzbar, Plätschergeräusche. Bei Sondierung nach 38 cm ein übrigens leicht zu überwindendes Hinderniss; Sondierung nicht schmerzhaft. Vom rechten vorderen Leberrand scheint Resistenz zum Pylorus zu ziehen. — b) Zweiter Aufenthalt: Schwacher, blasser, apathischer Mann. Bauch stark aufgetrieben. Nach innen von der rechten Mammillarlinie auf der Leber deutliche, schmerzhafte, kirschgrosse Knötchen. In der Magengegend kein deutlicher grösserer Tumor.

Verlauf, Dauer: Die Leberresistenzen werden im Laufe der Zeit deutlicher fühlbar. Während des 2. Aufenthaltes in der Klinik ist der Widerstand beim Sondieren schwieriger zu überwinden. Oedeme fehlen. Die Kräfte nehmen rasch ab. Der Tod tritt ziemlich unerwartet ein; man dachte an eine eventuelle Perforation, die sich aber bei der Section nicht vorfand. Vorm Tode Bewusstlosigkeit, allmähliches Erlöschen der Herzaction und Respiration.

Exitus am 17. Oct. 1894.

Sectionsbefund: Carcinoma cardiae. Carcinommetastasen in Leber, Lungen, Lymphdrüsen. Carcinose der Lymphgefässe des Darmes und des Ductus thoracicus.